



**UNIVERSIDADE TÉCNICA DE LISBOA  
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA**



**Intervenção Psicomotora com Crianças com Perturbação do Espectro do Autismo:  
Centro de Recursos para a Inclusão da Associação Portuguesa para as Perturbações  
do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa**

Relatório do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais elaborado com  
vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador:** Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

**Júri:**

Presidente: Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais: Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo  
Professora Doutora Luzia Mara Silva Lima Rodrigues  
Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

**Inês Tecedeiro Rodrigues Maria  
2012**

## **AGRADECIMENTOS**

Este relatório deve os seus agradecimentos à Professora Doutora Paula Lebre pela sua orientação, conselhos e indicações essenciais ao longo do ano letivo.

Aos profissionais da APPDA-Lisboa, pelo acolhimento na instituição e por toda a disponibilidade e esclarecimentos prestados. À equipa técnica do Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-Lisboa, sobretudo às psicomotricistas Inês Neto, Helena Aniceto e Sara Teixeira, pela orientação, ensinamentos e apoio ao longo do presente estágio.

Às professoras de educação especial e às auxiliares das várias escolas, pela disponibilidade, partilha e apoio.

Às crianças, pela oportunidade de trabalhar, relacionar e conviver, assim como pelo grande contributo a nível profissional e pessoal.

Por fim, à minha família e amigos, que de alguma forma contribuíram para a realização deste relatório.

## RESUMO

Na intervenção psicomotora, o corpo é utilizado como recurso para promover a empatia e a comunicação, sendo o jogo uma ferramenta essencial de intervenção para promover o desenvolvimento global da criança. As crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, apresentando limitações a nível comunicativo, social, nos comportamentos e interesses, que se caracterizam pelo seu caráter restrito e repetitivo, bem como a nível sensorial e motor, podem beneficiar de uma intervenção psicomotora.

O presente relatório descreve o trabalho de estágio desenvolvido no Centro de Recursos para a Inclusão da Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa, com crianças e jovens com Perturbação do Espectro do Autismo em escolas de ensino regular (1º, 2º e 3º ciclos). Este relatório inclui uma revisão teórica atual relativa às Perturbações do Espectro do Autismo, o enquadramento institucional e legal do estágio e a descrição de seis estudos de caso de crianças com Perturbações do Espectro do Autismo, que beneficiaram de intervenção psicomotora, de caráter individual, sendo descrito todo o processo de avaliação, estabelecimento de objetivos, planeamento e intervenção. Da referida intervenção, que decorreu entre janeiro e junho de 2012, foi possível constatar melhorias a nível psicomotor e a nível comportamental, nos casos apresentados.

**Palavras-chave:** Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo, Centro de Recursos para a Inclusão, Perturbações do Espectro do Autismo, crianças, intervenção psicomotora, observação do perfil psicomotor e comportamental, avaliação psicomotora.

## ABSTRACT

In psychomotor interventions, the body is a vehicle that promotes empathy and communication, and play is an essential intervention tool to promote the child's global development. Children with Autism Spectrum Disorder, present communicative and social disorders, poor and repetitive behaviors and interests, and sensorial and motor disorders, may benefit from psychomotor interventions.

The present report describes the work developed at the Resource Centre for Inclusion of the Portuguese Association for Autism and Developmental Disorders in Lisbon, with children and youngsters with Autism Spectrum Disorder attending regular school (1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> cycles). The report includes a theoretical background concerning Autism Spectrum Disorders, the institutional and legal context and the description of six individual case studies of children with Autism Spectrum Disorder which benefited from psychomotor intervention, describing the assessment process, objectives definition, planning and intervention. The results from the intervention, that took place between January and June 2012, allow us to conclude that there were improvements at psychomotor and behavioural level in the cases described.

**Keywords:** Portuguese Association for Autism and Developmental Disorders, Resource Centre for Inclusion, Autism Spectrum Disorders, children, psychomotor intervention, psychomotor observation and behavioral profile, psychomotor evaluation.

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL .....</b>	<b>2</b>
1. Perturbações do Espectro do Autismo .....	2
1.1. Perspetiva Histórica e Características .....	2
1.1.1. A tríade sintomática .....	3
1.1.2. Características para além da tríade .....	4
1.2. Epidemiologia.....	6
1.3. Perturbações Associadas.....	7
1.3.1. Perturbações mentais .....	7
1.3.2. Perturbações genéticas .....	8
1.4. Hipóteses Etiológicas.....	8
1.5. Diagnóstico e Avaliação.....	9
1.5.1. Detecção e diagnóstico precoce e as capacidades motoras .....	10
1.6. Intervenção .....	11
1.6.1 Intervenção farmacológica .....	11
1.6.2 Intervenção psicoeducativa.....	11
2. Intervenção Psicomotora .....	14
2.1. Intervenção Psicomotora com Crianças com PEA .....	15
2.1.1. Intervenção psicomotora em meio aquático .....	17
2.1.2. Intervenção psicomotora no âmbito da equitação terapêutica .....	18
2.2. Intervenção Psicomotora e a Educação Inclusiva .....	18
3. Enquadramento Legal.....	19
3.1. Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo.....	20
3.2. Centros de Recursos para a Inclusão .....	20
4. Enquadramento Institucional Formal.....	21
5. Contexto Funcional .....	23
5.1. Organização e Funcionamento da Psicomotricidade na APPDA-Lisboa .....	23
<b>III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL .....</b>	<b>24</b>
1. População Apoiada.....	24
1.1. Apresentação de Casos.....	25
1.1.1. André .....	25
1.1.2. Gustavo .....	26
1.1.3. Mário.....	27
1.1.4. Rui .....	28
1.1.5. Sara.....	29
1.1.6. Vítor .....	31
2. Objetivos e Atividades de Estágio.....	32
2.1. Intervenção Psicomotora .....	32
2.1.1. EB2,3 de Alfarelos .....	32
2.1.2. EB1 D. Pedro V .....	33

2.1.3. EB1/JI da Bobadela .....	33
2.1.4. EB2,3 Pedro Eanes Lobato.....	34
2.1.5. EB1/JI Quinta da Medideira .....	34
2.1.6. EB1 António Nobre .....	34
2.1.7. EB2,3 dos Olivais.....	35
2.1.8. EB1/JI Sarah Afonso.....	35
2.2. Relação com Outros Profissionais e Família .....	36
3. Contextos de Intervenção .....	37
4. Calendarização das Atividades e Horário de Estágio.....	37
4.1. Cronograma de Procedimentos de Estágio.....	38
4.2. Horário de Estágio .....	38
4.3. Calendarização das Sessões.....	38
5. Processo de Intervenção .....	39
5.1. Planeamento da Intervenção .....	39
5.2. Avaliação .....	40
5.2.1. Instrumentos de Avaliação.....	40
5.2.2. Condições de Avaliação.....	42
5.2.3. Resultados da Avaliação Inicial.....	43
5.2.3.1. Planos de Intervenção .....	48
5.2.4. Resultados da Avaliação Final .....	54
5.2.5. Resultados da aplicação do Protocolo de Observação das Sessões de Psicomotricidade .....	66
5.3. Resultados do Processo de Intervenção .....	66
5.3.2. Reflexão final .....	71
5.3.2. Recomendações para a continuidade da intervenção .....	72
6. Dificuldades e Limitações .....	73
7. Atividades Complementares .....	75
<b>IV. CONCLUSÃO .....</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>78</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Instrumentos utilizados na avaliação do autismo .....	10
<b>Tabela 2</b> - Períodos históricos da psicomotricidade .....	14
<b>Tabela 3</b> - Enquadramento da psicomotricidade na APPDA-Lisboa, no ano letivo 2011/2012 .....	23
<b>Tabela 4</b> - Caracterização da população apoiada no âmbito do estágio .....	24
<b>Tabela 5</b> - Síntese dos contextos de intervenção .....	37
<b>Tabela 6</b> - Cronograma geral das atividades de estágio .....	38
<b>Tabela 7</b> - Horário de estágio no CRI da APPDA-Lisboa .....	38
<b>Tabela 8</b> - Calendarização das sessões de psicomotricidade .....	39
<b>Tabela 9</b> - Cronograma das atividades de estágio na EB1/JI Sarah Afonso .....	39
<b>Tabela 10</b> - Objetivos de intervenção - André .....	49
<b>Tabela 11</b> - Objetivos de intervenção - Gustavo .....	50
<b>Tabela 12</b> - Objetivos de intervenção - Mário .....	50
<b>Tabela 13</b> - Objetivos de intervenção - Sara .....	51
<b>Tabela 14</b> - Objetivos de intervenção - Rui .....	52
<b>Tabela 15</b> - Objetivos de intervenção - Vítor .....	52
<b>Tabela 16</b> - Estratégias de intervenção .....	53
<b>Tabela 17</b> - Áreas fracas, intermédias e fortes das crianças na avaliação inicial e final .....	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> - Gráfico resumo da avaliação inicial - André .....	43
<b>Gráfico 2</b> - Gráfico resumo da avaliação inicial - Gustavo .....	44
<b>Gráfico 3</b> - Gráfico resumo da avaliação inicial - Mário .....	45
<b>Gráfico 4</b> - Gráfico resumo da avaliação inicial - Rui .....	46
<b>Gráfico 5</b> - Gráfico resumo da avaliação inicial - Sara .....	47
<b>Gráfico 6</b> - Gráfico resumo da avaliação inicial - Vítor .....	48
<b>Gráfico 7</b> - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - André .....	56
<b>Gráfico 8</b> - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Gustavo .....	58
<b>Gráfico 9</b> - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Mário .....	60
<b>Gráfico 10</b> - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Rui .....	62
<b>Gráfico 11</b> - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Sara .....	63
<b>Gráfico 12</b> - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Vítor .....	65

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> - Caracterização da População Apoiada .....	87
<b>Anexo B</b> - Áreas Funcionais Avaliadas segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde e Medidas Educativas Estabelecidas na EB1/JI Sarah Afonso .....	92
<b>Anexo C</b> - Fotografias dos Vários Contextos de Intervenção .....	111
<b>Anexo D</b> - Pedido de Autorização para Fotografar e Filmar as Sessões .....	119
<b>Anexo E</b> - Descrição dos Instrumentos de Avaliação Utilizados na Construção da Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental ....	121
<b>Anexo F</b> - Tradução do Exame Psicomotor – Crianças a partir dos 6 anos (Leplat, 2005) .....	128
<b>Anexo G</b> - Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental: Descrição, Critérios de Cotação e Idade Esperada de Aquisição .....	146
<b>Anexo H</b> - Tradução do Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade (Fernández, 2008) .....	178
<b>Anexo I</b> - Planos de Intervenção .....	180
<b>Anexo J</b> - Planeamentos e Relatórios de Sessões .....	211
<b>Anexo K</b> - Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade: Registos, Gráficos Individuais e Conclusões .....	277
<b>Anexo L</b> - Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental: Avaliação Inicial e Avaliação Final .....	295
<b>Anexo M</b> - Relatórios Finais de Intervenção .....	331
<b>Anexo N</b> - Artigo “Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Espectro do Autismo: Um Estudo de Caso” .....	362

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABA** – Applied Behaviour Analysis

**APPDA** – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

**CAO** – Centro de Apoio Ocupacional

**CEI** – Currículo Específico Individual

**CIF** – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

**CRI** – Centro de Recurso para a Inclusão

**DID** – Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental

**DIR** – Developmental, Individual Difference, Relationship-Based Model

**DL** – Decreto-Lei

**DSM** – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**DTT** – Discrete Trial Teaching

**GOPPC** – Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental

**ICD** – International Classification of Diseases

**NEE** – Necessidades Educativas Especiais

**PBS** – Family-Centred Positive Behaviour Support Programs

**PEA** – Perturbação do Espectro do Autismo

**PECS** – Picture Exchange Communication System

**PEI** – Programa Educativo Individual

**PHDA** – Perturbação da Hiperatividade com Défice de Atenção

**PIT** – Plano Individual de Transição

**POSP** – Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade

**SXF** – Síndrome de X-Frágil

**TEACCH** – Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children

**UEEA** – Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo



## **I. INTRODUÇÃO**

Atualmente, as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA) têm gerado um grande interesse entre os profissionais de saúde mental de todo o mundo, sendo consideradas uma condição comum, altamente debilitante, bastante heterogênea e persistente ao longo de vida (J. L. Matson, Rieske, & Tureck, 2011). Contudo, ainda se sente a necessidade de um maior conhecimento relativamente à deteção precoce, neurobiologia das PEA, tratamentos efetivos e efeitos da perturbação nas famílias (Levy, Mandell, & Schultz, 2009).

Uma das intervenções que se pode destinar a crianças com PEA, é a intervenção psicomotora, a qual pode decorrer em escolas, com o apoio de Centros de Recursos para a Inclusão (CRI). A Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Lisboa (APPDA-Lisboa) é uma das instituições acreditadas pelo Ministério da Educação como CRI, tendo sido nesta instituição que decorreu o estágio profissionalizante. O estágio enquadra-se na Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do segundo ano do mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana.

Neste estágio, em contexto de ginásio, meio aquático e equitação terapêutica, foram acompanhadas 52 crianças e jovens (1º e 2º ciclos), de oito escolas situadas em Lisboa. A grande maioria apresentava PEA, associada, ou não, a outra perturbação.

O objetivos gerais do estágio consistiram em: estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora, nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando a promoção do enquadramento profissional e científico da área. Mais especificamente, o estágio teve como objetivo proporcionar a aprendizagem/treino especificamente direcionados para o exercício da atividade profissional e facilitar a inserção do mestrando no mercado de trabalho, através do ganho de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade.

No que respeita ao presente relatório, este tem como principais objetivos: aprofundar os conhecimentos sobre as PEA; esclarecer as principais estratégias e benefícios da intervenção psicomotora com crianças com esta perturbação; descrever as atividades desenvolvidas ao longo do estágio; apresentar uma análise crítica e reflexiva dos resultados obtidos com a intervenção, bem como da própria formação e aprendizagem realizada pela estagiária ao longo das atividades de estágio.

Neste sentido, este relatório encontra-se organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro esta Introdução. No capítulo II, Enquadramento da Prática Profissional, são apresentadas as PEA (evolução histórica, características, epidemiologia, perturbações associadas, hipóteses etiológicas, diagnóstico e avaliação); esclarecidas as principais intervenções com crianças com PEA e, mais detalhadamente, a intervenção psicomotora; apresentado o enquadramento legal e institucional, e o contexto funcional do presente estágio. No capítulo III, Realização da Prática Profissional, é descrita a população apoiada e, mais pormenorizadamente, os seis casos em estudo; esclarecida a intervenção psicomotora com as crianças de cada escola em que ocorreu intervenção e a relação com outros profissionais e os familiares, sendo também apresentado um resumo dos diferentes contextos de intervenção; indicada a calendarização das atividades e horário de estágio; explicado o processo de intervenção, no que respeita ao planeamento, avaliação e resultados obtidos em cada um dos seis casos em estudo; apresentadas as dificuldades e limitações sentidas no âmbito do estágio; e descritas as atividades complementares de formação. Por fim, na Conclusão é realizada uma apreciação crítica e reflexiva sobre o processo de estágio e os seus efeitos profissionais e pessoais.

## **II. ENQUADRAMENTO DA PRÁTICA PROFISSIONAL**

Neste capítulo será feito um enquadramento teórico relativo às PEA, sendo apresentada uma breve evolução histórica do conceito e conhecimento na área, as principais características da perturbação, a sua epidemiologia, possíveis perturbações associadas e hipóteses etiológicas. A importância da deteção e intervenção precoce e as principais formas de intervenção com crianças com PEA serão também abordadas, sendo de seguida desenvolvida mais detalhadamente a intervenção psicomotora neste âmbito. Finalmente, de acordo com o presente estágio, será apresentado o enquadramento legal e institucional, bem como o seu contexto funcional.

### **1. Perturbações do Espectro do Autismo**

O autismo consiste numa perturbação do desenvolvimento neurológico, que se caracteriza por um grave comprometimento na socialização recíproca, prejuízo na comunicação e comportamento repetitivo e incomum (Levy, et al., 2009).

Atualmente, a perturbação pode ser compreendida em 5 níveis: cronicidade (tem características físicas com efeitos permanentes ao longo do tempo); plasticidade cerebral (evidências mostram a capacidade de melhoria, mudança e recuperação); complexidade (o autismo é definido a nível comportamental, contudo existem aspetos neurológicos, médicos, metabólicos e genéticos, que estão afetados e se afetam mutuamente de formas complexas); heterogeneidade (as diferenças comportamentais entre as pessoas com autismo, refletem uma gama de diferentes combinações genéticas, interações gene-ambiente, mecanismos biológicos celulares e alterações do sistema neural); e não especificidade (apesar da perturbação ser especificamente definida, podem ocorrer sobreposições de outras condições médicas, metabólicas, neurológicas, neuro comportamentais ou cognitivas) (Herbert, 2008).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2000), as PEA constituem um subtipo das Perturbações Globais do Desenvolvimento, juntamente com a Perturbação Desintegrativa da Segunda Infância e a Síndrome de Rett. As PEA, sobre as quais incidirá o presente capítulo, incluem três diagnósticos específicos, a Perturbação Autística, a Síndrome de Asperger e a Perturbação Global do Desenvolvimento - Sem Outra Especificação.

#### **1.1. Perspetiva Histórica e Características**

Os conceitos atuais de Perturbação Autística e de Perturbação de Asperger baseiam-se, respetivamente, nas descrições feitas por Kanner e Asperger. Contudo, no passado algumas crianças foram descritas como “selvagens” e surgiram termos como “distúrbio esquizoide da infância”, para as que se isolavam e exibiam padrões de comportamento repetitivos e com rituais (Volkmar & Woodbury-Smith, 2007).

De facto, em 1943, Kanner definiu autismo como “distúrbio autístico do contacto afetivo”, descrevendo onze crianças, que revelavam uma incapacidade comum de se relacionarem com os outros e usar a linguagem como veículo de significados, obsessão por manter as coisas da mesma maneira, ansiedade com medo intenso de coisas comuns e entusiasmo elevado e fácil com certos objetos ou assuntos, mas também boas capacidades cognitivas (excelente memória e capacidades visuo-espaciais), bom vocabulário e, muitas vezes, capacidade precoce de ler e escrever. Kanner sugeriu que as crianças nasciam sem motivação típica para a interação social e contacto afetivo e pertenciam a famílias inteligentes e com elevado nível socioeconómico, tendo classificado os pais como obsessivos e com interesses por pormenores e notado que alguns pais e irmãos tinham tido atrasos na linguagem e sintomas de autismo (Ozonoff & Rogers, 2003). Volkmar & Woodbury-Smith (2007) contrariam o referido por Kanner, indicando que o contexto socioeconómico e as características parentais não são preponderantes na identificação desta perturbação, bem como que é possível identificar dificuldades cognitivas nas crianças com PEA.

Em 1944, Asperger descreveu quatro rapazes que apresentavam capacidades cognitivas e verbais adequadas, mas um prejuízo acentuado nas estratégias de

comunicação não-verbal (contacto ocular, tom da voz, gestos), pouca coordenação motora, egocentrismo e interesses incomuns (Volkmar & Woodbury-Smith, 2007).

Mais tarde, os estudos de Kanner e Asperger foram complementados por outras descrições com conclusões semelhantes (Volkmar & Woodbury-Smith, 2007). Nos anos 80, o conceito de “espectro” foi introduzido por Wing e Gillberg e foi apresentada uma tríade específica de défices a nível social, comunicativo e no funcionamento imaginativo, que se considerava na base das PEA (Gilberg, 2006). Atualmente, segundo os critérios do DSM-VI (APA, 2000) para o diagnóstico das PEA e na investigação atual (J. L. Matson, Kozlowski, & Matson, 2012) esta perturbação continua a ser caracterizada pela referida tríade, que será apresentada de seguida.

#### **1.1.1. A tríade sintomática**

As alterações nas três grandes áreas do desenvolvimento, já referidas, constituem características fundamentais das pessoas com PEA. Contudo, é importante salientar-se que a gravidade de cada área da tríade varia significativamente entre crianças com a perturbação (Johnson & Myers, 2007).

#### **Défice na interação social**

As crianças com PEA podem não perceber ou ler incorretamente sinais sociais subtis dos outros, o que é importante para compreender as relações e interações sociais. Ao terem dificuldade ou incapacidade de interpretar o tom de voz do outro, os seus gestos ou expressões faciais, estas crianças podem não responder corretamente quando questionadas em tom de brincadeira, com uma questão real ou com um pedido firme do outro. Da mesma forma, pode ser difícil entender a linguagem corporal das crianças com PEA, pois as suas expressões faciais, movimentos e gestos muitas vezes são vagos ou não coincidem com o que dizem. O seu tom de voz pode também não refletir os seus sentimentos reais e crianças mais velhas podem falar com tom de voz incomum, que pode soar monótono, como uma canção ou um robot (NIMH, 2011).

O contacto ocular é importante para o desenvolvimento e adaptação social ao longo da vida, contudo, segundo o estudo de Jones, Carr, & Klin (2008), as crianças com PEA com dois anos já revelam comprometimento a esse nível, pois dirigem mais o olhar para a boca do outro, em vez de o dirigirem para os olhos como fazem as crianças com desenvolvimento típico. Os resultados sugerem consequências críticas para o desenvolvimento das crianças com PEA, mas oferecem um biomarcador potencial para quantificar a manifestação da perturbação nesta faixa etária.

As crianças com PEA podem fixar mais a boca de quem está a interagir com elas por terem mais sensibilidade à sincronia audiovisual, ou seja, aos estímulos do movimento dos lábios e à fala, ocorrendo uma falta de atenção para algo que à partida era uma predisposição biológica, ou seja, realizar contacto ocular com o outro (Klin, Lin, Gorrindo, Ramsay, & Jones, 2009). Verifica-se assim, segundo o estudo realizado pelos mesmos autores, que as crianças com dois anos com PEA se orientam para aspetos não-sociais em vez de se direcionarem para as respostas biológicas, o que terá consequências no desenvolvimento social e na interação social ao longo da vida.

As crianças com PEA tendencialmente têm dificuldade em compreender que os outros podem ter conhecimentos, sentimentos, objetivos diferentes dos seus, o que compromete a capacidade de prever e perceber as ações dos outros (NIMH, 2011).

O défice na interação social deve ser visto ao longo de um espectro, o qual inclui a “criança distante” que evita ativamente as relações sociais, a “criança passiva” que pode tolerar a interação se incentivada, iniciando o contacto social só para aceder a algo que deseja, e a “criança ativa, mas estranha”, que quer interagir com os outros, mas a sua compreensão e habilidades sociais estão comprometidas (Attwood, 2008).

#### **Défice na comunicação**

O atraso na aquisição da linguagem verbal ou a sua ausência são uma das principais características das crianças com PEA, especialmente quando associado à

falta de desejo em comunicar e de esforços compensatórios não-verbais. Contudo, podem ocorrer défices ao nível da comunicação pré-verbal que devem ser considerados, antes de ser possível a criança falar, tais como a ausência de contacto ocular, de expressões de prazer e alegria que acompanham o olhar, de reciprocidade de conversação entre as vocalizações da criança e a verbalização dos pais, de resposta ao seu nome e a expressões dos pais, bem como o não reconhecimento da voz do prestador de cuidados, atraso na aquisição do balbúcio e diminuição ou ausência de gestos pré-verbais (Johnson & Myers, 2007).

O discurso das crianças com PEA pode não ser funcional ou fluente e pode não haver intenção comunicativa (Johnson & Myers, 2007). Petot (2008) destaca a presença característica de: ecolalias imediatas (repetição imediata do que outra pessoa disse) e diferidas (repetição após um lapso de tempo); inversões pronominais (principalmente nas 1ª e 2ª pessoas do singular); utilização de neologismos, que apenas a criança entende e, em alguns casos, as pessoas que lhe são mais próximas.

Algumas crianças com PEA são bastante hábeis em nomear cores, formas, números e letras, mas incapazes de apontar para eles quando isso é solicitado ou de incorporar esses nomes na linguagem funcional. Outras, podem conseguir identificar letras e números e até atingir uma leitura verbal avançada, mas sem as competências de compreensão correspondentes (Johnson & Myers, 2007).

As crianças com PEA podem até desenvolver competências de linguagem relativamente boas, mas, muitas vezes, revelam dificuldades em envolver-se numa conversa, devido à dificuldade de entender e reagir a estímulos sociais (NIMH, 2011).

A ausência de jogo social imitativo adequado ao nível do desenvolvimento é também característica de crianças com PEA (APA, 2000). Num estudo em que se avaliou a correlação entre a incapacidade de desenvolver a imitação espontânea e competências linguísticas de crianças com PEA, os resultados sugerem que as crianças não-verbais têm um maior comprometimento ao nível da imitação e na capacidade de apontar (Giacomo et al., 2009).

### **Comportamentos, interesses ou atividades restritos e repetitivos**

As crianças com PEA podem demonstrar comportamentos atípicos em várias áreas, incluindo maneirismos peculiares, ligação invulgar aos objetos, obsessões, compulsões, comportamentos autoagressivos, e estereotípias (Johnson & Myers, 2007). As estereotípias podem ser extremas e muito visíveis, como sacudir os braços ou as mãos repetidamente, ou apenas leves e discretas (NIMH, 2011). Os movimentos repetitivos podem tornar-se problemáticos ao impedir a criança de realizar uma tarefa ou aprender novas competências, e a presença de comportamentos extremos (e.g., agressão) podem comprometer a participação em atividades com pares com desenvolvimento típico e causar um grande stress familiar (Johnson & Myers, 2007).

As crianças com PEA tendem ainda a ter interesses excessivamente focados, podendo ficar fascinadas com a movimentação de objetos ou partes de objetos e passar muito tempo a alinhar brinquedos. O seu foco de interesse pode também consistir em aprender tudo sobre uma determinada temática, sendo que, geralmente, o interesse envolve números, símbolos ou temas de ciência (NIMH, 2011).

A inflexibilidade nas crianças com PEA pode muitas vezes ser extrema e uma pequena alteração na rotina ou o facto de serem forçadas à transição de atividade ou de um tópico de interesse, pode fazer com que se sintam extremamente irritadas ou frustradas (NIMH, 2011). Neste sentido, se não existir um aviso prévio, os protestos podem rapidamente transformar-se em birras graves e prolongadas, caracterizadas por comportamentos agressivos (Johnson & Myers, 2007).

#### **1.1.2. Características para além da tríade**

Para além das características nucleares manifestadas pelas crianças com PEA, outras características são reveladas, nomeadamente a nível cognitivo, dado que o espectro inclui crianças com profundas dificuldades de aprendizagem, mas também

crianças que adquirem informação e recordam facilmente factos sobre um tópico de interesse ou produzem desenhos com realismo fotográfico (Attwood, 2008). De seguida são apresentadas as principais alterações a nível sensorial, motor e no jogo.

### **Sensibilidade sensorial**

Investigadores relatam que crianças e adolescentes com PEA respondem às experiências sensoriais de forma diferente dos pares sem qualquer perturbação. No estudo de Tomchek & Dunn (2007), constatou-se que 95% das crianças com PEA demonstravam alguma disfunção do processamento sensorial e, em mais de 50% das crianças da amostra com PEA, os seguintes comportamentos ocorriam “sempre” ou “frequentemente”: procura de sensações (fazer barulho para ouvir o ruído, procurar realizar vários movimentos, entusiasmar-se facilmente durante uma atividade, tocar nas pessoas e objetos); filtragem auditiva (parecer não ouvir o que se diz, ter dificuldade em prestar atenção, revelar problemas de funcionamento se existir muito barulho no local); sensibilidade auditiva (responder negativamente a ruídos altos); sensibilidade gustativa (comer só certos sabores).

As crianças com PEA tanto podem revelar uma elevada como reduzida sensibilidade a estímulos sensoriais (Attwood, 2008). Isto, devido à dificuldade em regular e organizar o grau, intensidade e natureza das suas respostas a estímulos sensoriais, o que compromete o seu desempenho e adaptação aos desafios da vida diária (Tomchek & Dunn, 2007).

### **Capacidades motoras**

As alterações motoras não constituem um marcador de diagnóstico específico para as PEA, no DSM-IV (APA, 2000), sendo apenas considerados os movimentos motores estereotipados a esse nível. No entanto, défices nas habilidades motoras são muitas vezes relatados na literatura sobre PEA, como será de seguida apresentado.

Staples & Reid (2010) realizaram um estudo em que constataram défices e atrasos nas capacidades motoras de crianças com PEA (9-12 anos). Os autores destacam a sua dificuldade em coordenar os movimentos que envolvem os dois lados do corpo e ambos os braços e pernas (e.g., num salto horizontal, os movimentos do braço, muitas vezes, pareciam inadequados ou não-funcionais). A dificuldade em controlar a força e a direção da bola, quando a lançam ou chutam, foi também observada, sendo que algumas crianças paravam antes de chutar.

No que respeita à comparação das crianças com PEA, com crianças com uma idade mental equivalente, também realizada pelos autores, o desempenho das crianças com PEA foi significativamente mais pobre a nível locomotor e da destreza manual. As diferenças de desempenho não podem então ser diretamente atribuídas ao nível cognitivo da criança e a extensão das diferenças parece indicar padrões distintos no desenvolvimento das competências fundamentais a nível motor.

Whyatt & Craig (2011) mostraram igualmente limitações motoras significativas em crianças com PEA (7-10 anos), destacando problemas no controlo do equilíbrio estático e um pronunciado comprometimento em atividades com bola, com níveis de desempenho significativamente mais baixos na tarefa de apanhar a bola. De facto, as crianças mostravam-se muitas vezes surpreendidas ou assustadas e pareciam inseguras quanto ao que fazer para agarrar a bola. Esta tarefa exige antecipação, controlo do movimento em resposta à informação e uma estratégia de temporização adequada. Assim, os resultados podem dever-se à pobre integração visuo-motora, o que resulta em problemas na percepção-ação (Whyatt & Craig, 2011).

Num estudo com crianças mais novas (21-41 meses), constatou-se que todas as crianças com PEA revelavam atrasos ao nível da motricidade global e/ou da motricidade fina (Provost, Lopez, & Heimerl, 2007).

Dowell, Mahone, & Mostofsky (2009) sugerem uma disfunção nos circuitos motores importantes para a execução e nas regiões parietais fundamentais para o conhecimento da representação de gestos, nas crianças com PEA. Além disso,

segundo Mostofsky, Burgess, & Larson (2007), outro preditor dos défices nas habilidades motoras básicas das crianças com esta perturbação parece ser o aumento do volume da substância branca no córtex motor primário.

Rogers & Williams (2006) referem que as dificuldades das crianças com PEA a nível motor podem afetar a sua performance de imitação, mas as dificuldades em imitar não se prendem apenas por isso. Além disso, para Dziuk et al. (2007) a praxia em crianças com PEA está fortemente correlacionada com os prejuízos sociais, comunicativos e comportamentais que definem a perturbação, o que sugere que a dispraxia pode ser uma característica fundamental da PEA ou um marcador de anormalidades neurológicas subjacentes à perturbação. O tratamento da PEA deve incluir intervenções destinadas a melhorar o desempenho motor (e.g., marcha e equilíbrio, planeamento do movimento) (Fournier, Hass, Naik, Lodha, & Cauraugh, 2010), podendo essas intervenções ser a chave para abordar as áreas centrais em défice nas crianças com PEA (Dowell, et al., 2009).

### **Capacidade de Jogo**

A falta ou atraso significativo na capacidade de jogo simbólico é característica das crianças com PEA, sendo que normalmente o jogo é repetitivo e carece de criatividade e imitação. De facto, algumas crianças com PEA podem nunca progredir do jogo sensório-motor, em que levam à boca, rodopiam ou manipulam os objetos de forma estereotipada. Podem também revelar um jogo ritualista (alinhamento de objetos ou correspondência por formas ou cores) ou um jogo construtivo (puzzles, encaixes, legos, quebra-cabeças, jogos de computador) (Johnson & Myers, 2007).

Mastangelo (2009) refere que com o jogo as crianças aprendem sobre o mundo à sua volta, testam ideias, fazem questões e chegam a respostas. Em crianças com PEA os obstáculos a este nível resultam das suas dificuldades no planeamento motor, comunicação expressiva e recetiva, imitação e motricidade global e fina.

A dificuldade das crianças com PEA em interagir em grupos e cooperar nas regras sociais de jogos mais sofisticados, leva a que muitas vezes sejam excluídas da participação de atividades em grupo e corram o risco de ser maltratados pelos pares (Johnson & Myers, 2007). Provost, et al. (2007) acrescentam que, em idade pré-escolar, grande parte do jogo das crianças envolve capacidades motoras (e.g., pular, jogar à bola, andar de triciclo) e, neste sentido, é possível que o sucesso de algumas das interações das crianças com PEA com os seus pares possa ter relação não só com as capacidades sociais e de jogo, mas também com a sua performance motora.

## **1.2. Epidemiologia**

De acordo com os estudos apresentados de seguida, a prevalência da PEA tem vindo a aumentar, sendo os motivos ainda discutíveis. Segundo Ozonoff & Rogers (2003) as investigações iniciais, de Lotter em 1967 e Wing e Gould em 1979, indicam que a taxa de prevalência era de 4 a 6 sujeitos com a perturbação para 10 000.

Mais recentemente, numa pesquisa sobre a prevalência da PEA em seis países Asiáticos, com base em estudos publicados entre 1971 e 2008, constatou-se que a prevalência média de PEA antes de 1980 era de aproximadamente 1,9/10 000 e de 1980 até ao presente era de 14,8/10 000. Em alguns estudos analisados, verificou-se uma associação do aumento da prevalência com crianças mais jovens, menor nível de escolaridade dos pais, moradores nativos e áreas urbanas. (Sun & Allison, 2009).

Numa estimativa da prevalência de PEA dos Centros para Controlo e Prevenção de Doenças dos EUA (CDC, 2009), constatou-se que a prevalência de crianças com PEA era de 1 em 110. Em Portugal, uma investigação com 343 718 crianças com PEA em idade escolar, indica a prevalência de 9,2 no continente e de 15,6 nos Açores, por cada 10 000 crianças. (Oliveira et al., 2007).

Johnson & Myers (2007) referem que a prevalência da PEA está intimamente ligada a mudanças nos critérios de diagnóstico, sendo que foram desenvolvidos instrumentos de avaliação mais confiáveis e abrangentes, os profissionais têm-se

tornado mais competentes no reconhecimento e diagnóstico da PEA e o conhecimento dos técnicos e população em geral para a existência da perturbação aumentou. Por outro lado, Newschaffer et al. (2007) considera difícil provar se o aumento é real ou devido a diferentes critérios de diagnóstico, pois é complicado estimar efeitos de diagnóstico sendo a etiologia da PEA ainda desconhecida.

### **1.3. Perturbações Associadas**

As PEA podem ocorrer com uma variedade de outras perturbações, mas muitas vezes é incerto se os sintomas adicionais são distintos ou fazem parte das PEA (Hendren, 2003). O mesmo autor considera que a comorbilidade nas PEA só deve ser considerada quando: são aparentes sinais de problemas estranhos ao espectro (e.g., hiperatividade, humor triste ou irritável, aumento da ansiedade, instabilidade afetiva, desorganização cognitiva); ocorre uma alteração abrupta no comportamento “habitual”; existe um comportamento grave e incapacitante (e.g., agressão, autoagressão, agitação, alterações do sono); os sintomas já existentes pioram (e.g. diminuição da comunicação, aumento das estereotipias e diminuição do comportamento adaptativo); a resposta ao tratamento não se verifica da forma esperada.

Antes de se apresentarem as perturbações mentais e genéticas comumente presentes em pessoas com PEA, destaca-se que algumas condições médicas podem também estar alteradas nesta população, nomeadamente a disfunção gastrointestinal, distúrbios metabólicos, epilepsia e desequilíbrios hormonais (Bauman, 2010).

#### **1.3.1. Perturbações mentais**

As perturbações mentais são comuns e frequentes em crianças com PEA, podendo causar um comprometimento clínico significativo e um peso adicional da perturbação nas crianças com PEA e suas famílias (Leyfer et al., 2006; Simonoff et al., 2008). Se reconhecidas como perturbações associadas e não como comportamentos isolados apenas, um tratamento mais específico é possível (Leyfer, et al., 2006).

Num estudo com 120 crianças (10-14 anos) verificou-se que 70% dos participantes tinham pelo menos uma comorbilidade e 41% apresentavam duas ou mais perturbações associadas. Os diagnósticos mais comuns correspondiam à perturbação da ansiedade social, perturbação da hiperatividade com défice de atenção (PHDA) e perturbação de oposição e desafio (Simonoff, et al., 2008).

Outro estudo com 109 crianças (5-17 anos) revelou uma prevalência superior a 30% de fobia específica, perturbação obsessivo-compulsiva e PHDA, em crianças com PEA. Com uma prevalência inferior a 12% constaram-se depressão major, ansiedade de separação, fobia social e perturbação de oposição e desafio (Leyfer, et al., 2006).

Dado que a **PHDA** é uma das perturbações mais comumente associadas à PEA e no capítulo 3 deste relatório será apresentada uma criança com características desta perturbação associadas, de seguida são apresentados dados mais concretos.

De facto, nas PEA a hiperatividade e impulsividade podem ocorrer, as crianças podem ter dificuldade em transferir o foco de atenção ou parecer desatentas, contudo, do ponto de vista de limiar dessa sintomatologia, um outro diagnóstico pode ser considerado, se a criança preencher os critérios de diagnóstico e os sintomas exigirem tratamento. O diagnóstico primário deve ser o mais incapacitante e merecedor de atenção prioritária na intervenção (Gilberg, 2006; Hendren, 2003).

Estimativas sugerem que, das crianças com PEA, 31% atendem os critérios diagnósticos de PHDA e 24% exibem sintomas subliminares clínicos de PHDA. Das crianças que apresentam os critérios para PHDA, dois terços tinham o tipo desatento e 23% o tipo combinado (Leyfer, et al., 2006). Além disso, outro estudo sugere que, das crianças com PHDA associada à PEA, 84% receberam um segundo diagnóstico associado, de acordo com a amostra em estudo (Simonoff, et al., 2008).

Após avaliação do perfil cognitivo, social e adaptativo de crianças com PEA com sintomas de PHDA, verificou-se que estes agravam os traços autísticos e

comportamentos desajustados, comprometendo, desta forma, a memória de trabalho verbal e as habilidades da vida diária (Yerys et al., 2009).

### **1.3.2. Perturbações genéticas**

Zafeiriou, Ververi., & Vargiami (2007) realizaram uma revisão de todas as perturbações genéticas encontradas em crianças com PEA, das quais se destacam Síndrome de X-Frágil (SXF), Esclerose Tuberosa, Trissomia 21, Síndrome de Prader-Willi, Síndrome de La Tourette, Síndrome de Williams, Neurofibromatose.

A **SXF** será abordada mais detalhadamente visto um dos casos apresentados no capítulo III ter esta síndrome associada à PEA. A SXF deve-se a uma mutação no gene FMR1 no cromossoma X, sendo uma das formas mais comuns de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID). A prevalência de homens e mulheres afetados é, respetivamente, de 1/4000 e de 1/8000 a 1/9000 (Crawford, Acunã, & Sherman, 2001).

Na SXF as raparigas são menos afetadas cognitivamente e tendem a apresentar mais problemas emocionais e comportamentais (e.g., ansiedade social, labilidade de humor, depressão). De uma forma geral, o défice cognitivo na SXF prejudica a memória de trabalho e a curto prazo, funções executivas e capacidades matemáticas e visuo-espaciais. As características físicas incluem macroorquidismo e características faciais distintas (face longa e estreita e orelhas proeminentes), podendo ser subtis ou apenas se tornarem mais evidentes com a idade. Os indivíduos com SXF apresentam ainda comumente características de PEA (e.g., desvio do olhar, sensibilidade táctil, sacudir as mãos), o que pode ser indicativo de um diagnóstico associado de PEA (Garber, Visootsak, & Warren, 2008).

De facto, as PEA são uma das mais graves perturbações observadas na SXF, com taxas de prevalência de 25-52% em homens, de acordo com vários estudos recentes recolhidos por Hernandez et al. (2009). Os autores constataram no seu estudo que o diagnóstico de PEA na SXF é relativamente estável ao longo do tempo, bem como que as crianças com SXF e PEA apresentavam um maior comprometimento, comparativamente com crianças apenas com SXF, nos seguintes aspetos: interações sociais; comunicação socialmente relevante (faz-de-conta e no jogo social de imitação); comunicação adaptativa e competências de linguagem receptiva. Quando as crianças com SXF apresentam sintomas de PEA, o seu nível cognitivo é mais comprometido.

### **1.4. Hipóteses Etiológicas**

Atualmente há evidências que aspetos da morfologia cerebral estão alterados em indivíduos com PEA. Nordahl et al. (2007) constataram alterações no formato cortical de crianças e jovens com PEA a nível parietal e frontal, sendo as alterações mais pronunciadas nas crianças. Recentemente, foi confirmada a hipótese de que a neuroanatomia da PEA é verdadeiramente multidimensional, afetando vários sistemas neurais, apesar da sua etiologia não ter sido ainda esclarecida (Ecker et al., 2010).

Segundo Geschwind (2011), várias dezenas de genes de suscetibilidade de PEA foram identificados na década passada, sendo coletivamente responsáveis por 10-20% dos casos de PEA. Os resultados demonstram que a PEA é etiologicamente heterogénea, mas fornecem pistas importantes sobre sua fisiopatologia.

De facto, a PEA é multifatorial, existindo muitos fatores de risco que agem em conjunto para produzir o fenótipo (Levy, et al., 2009). O mesmo autor indica que a diferença entre as taxas de concordância para PEA entre gémeos monozigóticos (60-90%) e dizigóticos (10%) sugere que alguns fatores de risco interagem, sendo que os efeitos poderiam resultar de fatores ambientais tóxicos ou fatores epigenéticos que alteram as funções de genes e, por sua vez, altera o tecido neural. Os fatores epigenéticos correspondem a aspetos específicos do ambiente físico (e.g., compostos bioquimicamente ativos) ou tipos específicos de experiências psicológicas (e.g., stress), que alteram a química do cérebro, desligam genes ou regulam a sua expressão de outra forma. O possível papel destes fatores ainda está a ser estudado.



Dado que o espectro de características desta perturbação é muito alargado, não é possível encontrar-se uma teoria que explique todas as características, mas sim diferentes teorias que explicam áreas de dificuldade, relacionando-se todas entre si.

A **Teoria da Mente** diz respeito à capacidade das pessoas atribuírem estados mentais (e.g., desejos, intenções, emoções) a si próprios e aos outros (Baron-Cohen, 2001), o que é vital para a interação social quotidiana (e.g., cooperar, manter segredos) (Happé, 2003). No caso das pessoas com PEA, Baron-Cohen, Leslie, & Frith (1985) obtiveram resultados que suportavam a sua hipótese, ou seja, estas apresentam défice ou incapacidade de empregar a teoria da mente.

No que respeita à **Teoria das Funções Executivas**, Ozonoff, Pennington, & Rogers (1991) sugeriram que as PEA podiam ser explicadas por um défice nas funções executivas, ou seja, por um comprometimento ao nível do córtex pré-frontal.

A **Teoria da Coerência Central** propõe que um défice no processamento central das pessoas com PEA resulta na falha da extração do significado global, existindo tendência para se focarem apenas nos detalhes (Happé & Frith, 2006).

Pellicano (2010) refere que fortes evidências sugerem que os indivíduos com PEA apresentam atipicidades em vários domínios cognitivos, incluindo a teoria da mente, função executiva e coerência central. O autor verificou as relações entre as 3 teorias, tendo verificado que as capacidades de função executiva e coerência central desempenham um papel fundamental na formação da teoria da mente em crianças. Relações preditivas na direção oposta não foram significativas, e não se encontraram ligações de desenvolvimento entre as funções executivas e a coerência central.

Após as três teorias anteriores serem propostas surgiram outras teorias explicativas, de seguida apresentadas. Na **Hipótese da Diátese Afetiva**, Greenspan (2001) propõe que a falha nuclear nas crianças com PEA, por razões biológicas, consiste na incapacidade de ligar o afeto ou a intenção ao planeamento motor e à simbolização emergente. De acordo com esta hipótese, as interações afetivas têm então um papel crítico na autorregulação, comunicação, linguagem, criação de significados e construção de um senso de realidade, sendo que o défice nesta interação contribui para se compreender a PEA.

Por outro lado, a **Hipótese de um Défice no Sistema de Neurónios-Espelho** propõe que um défice nesse sistema pode contribuir para o pobre desempenho na imitação em crianças com PEA e pode ser uma causa para as limitações ao nível da socialização nestas crianças (Hamilton, Brindley, & Frith, 2007). Contudo, outros estudos refutam os resultados supracitados, já que Press, Richardson, & Bird (2010) encontraram evidências de que as pessoas com PEA não têm défice a este nível e as dificuldades de imitação podem resultar de problemas na atenção visual ou dificuldades motoras no sequenciamento.

### 1.5. Diagnóstico e Avaliação

Atualmente, são definidos critérios de diagnóstico para as PEA no DSM-IV-TR (APA, 2000), já abordado anteriormente, podendo também ser utilizado o sistema de diagnóstico ICD-10, da Organização Mundial de Saúde (Volkmar & Woodbury-Smith, 2007).

A grande heterogeneidade entre indivíduos com PEA torna fundamental a obtenção de um diagnóstico, pois este transmite informações importantes sobre as dificuldades centrais do indivíduo. Um diagnóstico em si, contudo, não dá uma imagem completa dos pontos fortes e fracos do indivíduo, nem transmite informações completas sobre o funcionamento adaptativo global ou o prognóstico. Assim, uma avaliação abrangente, que não se limite aos domínios que refletem as características nucleares das PEA, é necessária, tornando-se depois a base do plano de tratamento (Thrum, Soorya, & Wagner, 2007). Na Tabela 1 encontram-se alguns testes que podem ser considerados para rastreio e avaliação das PEA.

**Tabela 1 – Instrumentos utilizados na avaliação do autismo - adaptado de Thrum, et al. (2007)**

	<b>Instrumento</b>	<b>Formato</b>	<b>Idades</b>	<b>Avaliador</b>	<b>Duração</b>
<b>Rastreio</b>	Social Communication Questionnaire – SCQ	Checklist	> 4 anos	Prestador de cuidados	5/10 minutos
	Modified Checklist for Autism Toddlers – M-CHAT	Checklist	18-36 meses	Prestador de cuidados	5/10 minutos
	Checklist for Autism Toddlers –CHAT	Checklist (relatório do cuidador e do trabalhador de cuidados de saúde primários)	18-36 meses	Prestador de cuidados / Médico	5/10 minutos
<b>Diagnóstico</b>	Autism Diagnostic Interview – Revised – ADI-R	Entrevista Semiestruturada	> 18 meses (idade mental)	Médico/ Paraprofissional	1,5-2,5 horas
	Autism Diagnostic Observation Schedule – ADOS	Com base na observação	> 15 meses (idade mental)	Médico/ Paraprofissional	35-40 minutos
	Childhood Autism Rating Scale – CARS	Checklist	> 2 anos	Médico/ Paraprofissional	20-30 minutos

A deteção de sinais pode ter diversas apresentações de criança para criança. Alguns pais detetam alterações no desenvolvimento durante os primeiros meses de vida, outros apenas notam um atraso no desenvolvimento da fala no segundo ano de vida, sendo os défices sociais, embora mais precoces, mais dificilmente reconhecidos pelos pais. Pode ainda acontecer a regressão e perda de habilidades após o primeiro ano de vida ou a PEA ser detetada apenas em idade escolar, quando os professores percebem a dificuldade na interação com os pares (Johnson & Myers, 2007).

Segundo o estudo de Chakrabarti & Fombonne (2005), embora a idade média de diagnóstico tenha diminuído ao longo do tempo, continua a ser superior a 3 anos. Contudo, de acordo com Boyd, Odom, Humphreys, & Sam (2010) as perspetivas de identificação de crianças com PEA nos primeiros 2 anos de vida tornaram-se mais promissoras que em anos anteriores, devido ao maior conhecimento científico sobre os sinais precoces de PEA, ao desenvolvimento de instrumentos eficazes de rastreio e diagnóstico e evidências sobre a estabilidade de diagnósticos por volta dos 2 anos.

#### **1.5.1. Deteção e diagnóstico precoce e as capacidades motoras**

Entre investigadores é unânime que a intervenção deve começar numa idade o mais precoce possível para que o prognóstico melhore, contudo, para tal, a deteção e diagnóstico precoces são fundamentais (J. L. Matson, et al., 2011).

Nos primeiros doze meses, é provável que apenas se verifiquem pequenas alterações no desenvolvimento, que não sejam detetáveis pelos pais, que não são especialistas, contudo, entre os 8 e os 12 meses, ou até antes, é possível a deteção de comprometimento a nível motor, percetivo, emocional, interpessoal e na atenção, das crianças que mais tarde vêm a ser diagnosticadas com uma PEA (Planche, 2010).

Teitelbaum, Teitelbaum, Nye, Fryman, & Maurer (1998) analisaram vídeos de crianças posteriormente diagnosticadas com PEA, afirmando que a partir dos 4-6 meses podem ser detetáveis alterações nos padrões motores e no tônus muscular, destacando-se rolar em bloco, assimetria do peso na posição de sentado, reações tardias na extensão protetora e marcha assimétrica.

Landa & Garrett-Mayer (2006) estudaram a motricidade global e fina, a linguagem recetiva e expressiva e a receção visual de crianças com PEA. Os resultados indicaram que aos 6 meses as diferenças não eram significativas, contudo aos 14 meses o grupo com PEA revelou um desempenho significativamente pior do que o grupo de controlo em todas as escalas com exceção da receção visual. Aos 24 meses, o grupo com PEA apresentou piores resultados em todos os domínios.

Mais recentemente, Phagava et al. (2008) analisaram vídeos de 20 crianças entre as 6 a 21 semanas, posteriormente diagnosticadas com PEA. Os autores constataram que, comparativamente com o grupo de controlo, a maioria dessas crianças apresentavam uma pior qualidade no movimento ou mesmo ausência do padrão de movimento específico. Neste sentido, sendo o diagnóstico precoce da PEA

essencial para uma intervenção mais frutífera, a avaliação ao nível da motricidade global poderá ser um contributo e um indicador inicial para uma PEA.

### **1.6. Intervenção**

Os principais objetivos de uma intervenção com crianças com PEA consistem em minimizar as características principais e os défices associados, bem como em maximizar a independência funcional e a qualidade de vida e em aliviar o stress familiar (Myers & Johnson, 2007). Os autores referem que os programas desenvolvidos para crianças com PEA podem diferir em filosofia e ênfase, tendo estratégias particulares, mas existe um consenso crescente quanto aos princípios e componentes de intervenção mais eficazes, nomeadamente: a intervenção e o diagnóstico devem ser considerados seriamente em vez de se adiar até que um diagnóstico definitivo seja feito; deve ser fornecida uma intervenção sistematicamente planeada, adequada ao desenvolvimento e de acordo com os objetivos; o rácio alunos-professor deve ser baixo para permitir tempo de um-para-um e instruções em pequeno grupo; a família deve ser incluída na intervenção; a interação com pares deve ser promovida; o processo individual deve incluir documentação contínua; incorporação de um elevado grau de estrutura (e.g., rotina previsível, limites físicos claros); implementação de estratégias de aplicação de competências aprendidas a novos ambientes e situações; e uso de currículos baseados na avaliação, incluindo a comunicação espontânea e funcional, competências sociais, capacidades funcionais adaptativas, comportamento desajustado, competências cognitivas e académicas.

A referida intervenção, de carácter psicoeducativo, deve ser considerada associada, ou não, à intervenção farmacológica, a qual será abordada de seguida. Posteriormente, a intervenção psicoeducativa será desenvolvida em maior detalhe.

#### **1.6.1 Intervenção farmacológica**

A intervenção farmacológica pode ajudar a reduzir os sintomas que causam prejuízos para a criança com PEA no seu dia-a-dia (NIMH, 2011), podendo ser considerada para comportamentos desajustados, como a agressão, comportamentos repetitivos, distúrbios do sono, labilidade de humor, irritabilidade, ansiedade, hiperatividade, falta de atenção, comportamento destrutivo (Myers & Johnson, 2007).

Os medicamentos mais frequentemente utilizados são: antipsicóticos (redução da agressividade, comportamentos repetitivos, hiperatividade e problemas de atenção); antidepressivos (para ajudar no controlo da agressividade e da ansiedade); e estimulantes (redução da hiperatividade) (NIMH, 2011).

Note-se que a medicação apenas pode ser considerada após excluída a possibilidade de tratamento de causas médicas e de fatores ambientais modificáveis. Além disso, esta intervenção só deve ocorrer se os sintomas comportamentais causam prejuízo significativo no funcionamento (Myers & Johnson, 2007).

#### **1.6.2 Intervenção psicoeducativa**

A intervenção psicoeducativa é subdividida por Mulas et al. (2010) em intervenções comportamentais, intervenções desenvolvimentistas, intervenções baseadas em terapias, intervenções baseadas na família e intervenções combinadas. De seguida, serão esclarecidas mais detalhadamente as principais metodologias consideradas em cada tipo de intervenção psicoeducativa.

#### **Intervenções comportamentais**

As intervenções comportamentais baseiam-se em ensinar comportamentos e habilidades, usando técnicas especializadas e estruturadas (Mulas, et al., 2010). Destaca-se o programa Applied Behavior Analysis (ABA), cujos princípios foram pela primeira vez aplicados por Ivar Lovaas em 1960, para melhorar a vida de crianças com PEA e suas famílias. Estudos indicam grandes ganhos no desenvolvimento de crianças que receberam este programa de forma precoce (Smith & Eikeseth, 2011).

O programa ABA requer uma avaliação de como os acontecimentos ambientais interagem e influenciam o comportamento do indivíduo. A avaliação envolve verificar a situação em que o comportamento ocorre, as variáveis motivacionais e o que se segue ao comportamento, ditando se é provável que este ocorra de novo. Os resultados determinam a intervenção, a qual se destina a alterar o comportamento (Vismara & Rogers, 2010). O programa começa frequentemente em casa, quando a criança é muito pequena (30 a 40 horas semanais), mas pode ser aplicado na escola e beneficiar crianças mais velhas. Normalmente, as sessões ocorrem de um-para-um, sendo que o programa rejeita punições e concentra-se em premiar o comportamento desejado. O currículo depende da criança, mas geralmente envolve competências acadêmicas, sociais, motoras, de linguagem, de cuidados pessoais, e de brincar. O envolvimento da família contribui para o sucesso do programa (Lear, 2004).

O *Discrete Trial Teaching* (DTT), com metodologia baseada no ABA, tem um formato estruturado e caracteriza-se pela divisão de sequências de aprendizagem em pequenos passos, sendo que a criança tem várias tentativas para realizar cada parte da tarefa, até que adquira a competência. O reforço positivo é utilizado e providenciam-se ajudas, cada vez menores até se alcançar o objetivo (Lear, 2004).

Segundo Vismara & Rogers (2010), em resposta a algumas das dificuldades associadas à DTT, têm sido desenvolvidos novas intervenções comportamentais (e.g. *Incidental Teaching*, *Pivotal Response Training*, *Milieu Teaching*) que incluem situações de aprendizagem mais espontâneas e naturalistas (e.g. tempo do banho, refeições), sendo envolvido também o interesse da criança nas oportunidades de ensino. Desta forma, a criança inicia a aprendizagem, tendo um reforço natural.

### **Intervenções desenvolvimentistas**

As intervenções desenvolvimentistas pretendem ajudar a criança a desenvolver relacionamentos positivos e significativos com os outros, concentrando-se em ensinar competências sociais e de comunicação em ambientes estruturados, e desenvolver competências da vida diária (competências funcionais e motoras) (Mulas, et al., 2010).

O Modelo DIR (*Developmental, Individual Difference, Relationship-Based Model*) procura facilitar a compreensão das crianças e suas famílias através da identificação, sistematização e integração das capacidades funcionais essenciais de desenvolvimento. O modelo enfatiza: o desenvolvimento emocional funcional (capacidade de atenção e regulação, envolvimento com o outro, comunicação, resolução de problemas, criação de ideias, pensamento lógico, julgamento); as diferenças individuais na reatividade sensorial, processamento e planeamento motor; e a relação e interação com os familiares e outros (Greenspan & Wieder, 1999).

O DIR pode englobar diferentes abordagens, nomeadamente o *Floortime*. Este modelo procura construir bases para as capacidades sociais, emocionais e intelectuais, em vez de se focar em comportamentos ou competências isoladas, centrando-se no papel das emoções e interesses da criança, que têm mostrado ser essenciais à aprendizagem. O programa inclui práticas adequadas ao desenvolvimento, sendo que as sessões: visam promover a iniciativa da criança e o comportamento intencional e desenvolver as capacidades simbólicas através de brincadeiras e conversas; envolvem a criação de desafios, para que se ensine algo novo à criança; são realizadas atividades motoras, sensoriais e visuo-espaciais, para que se construam capacidades básicas de processamento e se envolvam as interações com os outros; pode ocorrer o jogo com pares (ICDL, 2007).

### **Intervenções baseadas em terapias**

Algumas intervenções procuram trabalhar dificuldades específicas de crianças com PEA (Mulas, et al., 2010), nomeadamente o desenvolvimento de competências sociais e de comunicação e o desenvolvimento sensório-motor.

As *Social Stories* de Carol Gray têm como objetivo ensinar competências sociais e de vida a crianças com PEA através de narrativas curtas, que mostram à

criança passo-a-passo atividades básicas do dia-a-dia e ajudam a compreender experiências ainda não vivenciadas pela criança (Gray & White, 2002).

O *Picture Exchange Communication System* (PECS) foi inicialmente descrito por Bondy & Frost (1994), como sendo destinado a crianças com PEA. Contudo, atualmente é considerado uma ferramenta eficaz para indivíduos de qualquer idade com dificuldades de comunicação (Overcash, Horton, & Bondy, 2010). Este sistema incorpora princípios do programa ABA e do desenvolvimento pragmático (Myers & Johnson, 2007), sendo que o único pré-requisito para a sua implementação é a identificação de um reforço positivo. O seu protocolo inclui 6 fases: ensinar a troca física de uma imagem (para iniciar interação comunicativa); ensinar distância e persistência (o parceiro afasta-se até que o indivíduo se desloque para fazer o pedido, a habilidade é generalizada); ensinar habilidades de discriminação de figuras (o aluno aprende a selecionar a figura que pretende); introduzir a estrutura da frase (o pedido parte da frase “eu quero”, seguido da imagem do item/atividade); responder a perguntas (o aluno responde a “O que queres?”); comentar (o aluno aprende a fazer comentários sobre estímulos do ambiente, e.g., locais e sons) (Overcash, et al., 2010). Frost & Bondy (2011) indicam que o PECS tem como benefícios facilitar a aquisição da fala, aumentar a interação durante o jogo, reduzir problemas de comportamento.

A *Sensory Integration Therapy* tem como objetivo providenciar à criança um conjunto de estímulos sensoriais, através da sua exposição a experiências como balançar, segurar, apertar, deslizar, entre outras (Zimmer & Molloy, 2007).

Por fim, os movimentos de Sherborne pretendem desenvolver a consciência do corpo, a autoconfiança e a capacidade de comunicação, podendo aplicar-se a todas pessoas, de todas as idades (Klinta, 2001)<sup>1</sup>, nomeadamente a crianças com PEA.

### **Intervenções baseadas na família**

A ideia de que a inclusão da família no processo de tratamento é fundamental para as necessidades da criança está na base de algumas intervenções (Mulas, et al., 2010). O Programa PBS (*Family-Centred Positive Behaviour Support Programs*), de Lucyshyn, Dunlap e Albin, centra-se na família para analisar o comportamento problema, através da avaliação funcional e criação de soluções realistas que complementam os valores da família e o estilo de vida (Prichard, 2004). A aplicação do programa a crianças com PEA tem revelado resultados positivos, sendo que Blair, Lee, Cho, & Dunlap (2010) constatarem melhorias no comportamento das crianças, tanto na escola como em casa, e na interação com os professores e mães.

O Programa Hanen (*More than Words*) foi desenvolvido para pais de crianças em idade pré-escolar com PEA, fornecendo as ferramentas, estratégias e apoio que precisam para ajudar os filhos a melhorar a comunicação. Os pais aprendem a transformar as atividades diárias em oportunidades de aprendizagem e têm a oportunidade de partilhar experiências com outros pais (TheHanenCentre, 2011).

### **Intervenções combinadas**

As intervenções combinadas envolvem elementos de métodos comportamentais e desenvolvimentistas (Mulas, et al., 2010). Destaca-se o modelo TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children*), desenvolvido por Eric Schopler e colegas na década de 70, com o objetivo de ajudar a criança com PEA a melhorar o seu desempenho e capacidades adaptativas, para atingir a máxima autonomia. O modelo centra-se nas áreas fortes (processamento visual, memorização de rotinas, interesses especiais), podendo ser adaptado às necessidades e capacidades de cada um (DGIDC, 2008).

O ensino estruturado, aplicado pelo modelo TEACCH, é utilizado em Portugal desde 1996, nas escolas regulares. Através do ensino estruturado é possível manter o ambiente previsível, atender à sensibilidade aos estímulos sensoriais e propor tarefas

---

<sup>1</sup> No Anexo C, do capítulo III, os Movimentos de Sherborne são abordados de forma mais detalhada.

realizáveis. A autonomia e os processos de aprendizagem são assim facilitados e os problemas de comportamento diminuem (DGIDC, 2008).

O espaço deve ser estruturado de forma visualmente clara, com fronteiras e áreas bem definidas: área de transição (com horários individuais); área de aprender (espaço de ensino individualizado, sem estímulos distrateis, onde se desenvolve a atenção e novas competências são trabalhadas); área de trabalhar (local onde o aluno realiza sozinho atividades já aprendidas); área de reunião (espaço onde é promovida a comunicação e a interação social em grande grupo); área de trabalho em grupo (área para desenvolver trabalhos em conjunto); área de lazer (local destinado a relaxar, fazer períodos de espera, permitir as estereotípicas, aprender a brincar); e área do computador (a utilizar autonomamente, com ajuda, ou em parceria) (DGIDC, 2008).

A organização temporal também deve ser considerada. Os horários (com palavras escritas associadas, ou não, a objetos reais, fotografias, pictogramas) dão um suporte eficaz para a comunicação e interiorização de conceitos e possibilitam que a criança diminua a ansiedade e os comportamentos disruptivos e aumente a capacidade de aceitar alterações na rotina. Os planos de trabalho permitem visualizar as tarefas a realizar, o que é essencial para aprender a trabalhar sem ajuda. Por fim, o cartão de transição (e.g., cartão do nome, símbolo do horário) informa o aluno que se deve dirigir à área de transição para saber o que vai fazer a seguir (DGIDC, 2008).

De seguida, será desenvolvida a intervenção psicomotora em maior detalhe, tendo sido esta a intervenção realizada no âmbito do estágio profissionalizante.

## 2. Intervenção Psicomotora

O conceito de psicomotricidade surgiu no princípio do século XX, quando Dupré sublinhou o paralelismo entre o desenvolvimento motor e intelectual em pessoas com DID. Contudo, foram necessárias várias décadas até que essa noção de globalidade do desenvolvimento se generalizasse a todas as crianças e o contributo de várias abordagens teóricas para a construção desta ciência (Vieira, Batista, & Lapierre, 2005). Na Tabela 2 os períodos históricos da psicomotricidade são indicados.

**Tabela 2** – Períodos históricos da psicomotricidade – Adaptado de Aragón (2007).

Período	Características	Representantes	Acontecimentos importantes
1900-1925	Crítica ao reducionismo neurológico	Dupré	Formulação do conceito
		Wallon	Análise sobre os estadios e perturbações do desenvolvimento psicomotor (maior conhecimento da criança a nível motor, intelectual e afetivo)
1926-1950	Influência da psiquiatria infantil	Heuyer	Emprego do termo psicomotricidade para ressaltar a estreita associação entre o desenvolvimento da motricidade, da inteligência e da afetividade
		Wallon e Piaget	Contributo da psicologia do desenvolvimento (o movimento predomina no desenvolvimento da criança)
		Spitz	Contributo da psicanálise (trabalhos sobre as consequências das carências afetivas precoces)
1951-1973	Busca da identidade de psicomotricidade	Ajuriaguerra e Diatkine	Desenvolvimento de uma nova técnica terapêutica (reeducação psicomotora) e criação do primeiro certificado universitário de reeducação psicomotora
		(A) Micheaux, Douché e Masson	Coexistência de três correntes: (A) <u>Ecleticismo</u> (Caracterizada pela variedade de métodos utilizados, e.g., jogo, dança, desporto, relaxação. A reeducação psicomotora baseia-se na noção de que o desenvolvimento motor e psíquico estão estritamente ligados e que a educação de um pode influenciar favoravelmente o outro) (B) <u>Terapia psicomotora específica</u> (Caracterizada pela importância da terapia partir de um exame psicomotor específico com todos os seus componentes) (C) <u>Movimento de educação e reeducação psicomotora</u> (o movimento é considerado um meio para que a criança evolua, e não um fim)
		(B) Bergès, Dublineau, Jolivet e Launay	
		(C) Wintrebert e Le Boulch	

		Lapierre e Aucouturier	Os autores orientam-se para as novas tendências de expressão e comunicação corporal e organizaram cursos em numerosas universidades
1974-2005	Psicomotricidade dirigida e psicomotricidade baseada na atividade motora espontânea	Auzias Parlebas Pujade-Reunaud Corraze	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influência da psicanálise, psicologia da comunicação não-verbal e etologia.</li> <li>- Coexistem dois modelos de intervenção principais. A psicomotricidade dirigida, que se baseia na aplicação de um exame psicomotor, a partir do qual se programam técnicas e exercícios para superar os défices e a psicomotricidade relacional, que se baseia na atividade motora espontânea</li> </ul>

Segundo Probst, Knapen, Poot, & Vancampfort (2010), atualmente, a intervenção psicomotora, que incorpora componentes médicas, psicológicas, cinesiológicas e de reabilitação, é teoricamente bem fundamentada, sendo que neste campo a pesquisa tem aumentado, existindo mais evidências clínicas e científicas. Vieira, et al. (2005) acrescentam que o psicomotricista se torna cada vez mais necessário, quer a nível preventivo, destacando-se o ambiente escolar como um meio frutífero em termos de construção da personalidade, quer a nível clínico em busca do ajuste positivo de perturbações do desenvolvimento motor, psicossocial e cognitivo.

A intervenção psicomotora tem como finalidade favorecer o desenvolvimento global do indivíduo, mediante a utilização do movimento e do jogo corporal, o estabelecimento de relações com os objetos e com os outros, e consequentemente, o desenvolvimento da identidade e da autonomia pessoal (Llinares & Rodríguez, 2003b).

A intervenção incide nos fatores psicomotores: Tonicidade (tensão ativa muscular, sendo responsável pelo estado de alerta e vigilância); Equilibração (permite o ajustamento postural e gravitacional, sendo determinante para a construção do movimento voluntário); Lateralização (organização entre os dois hemisférios, quanto à dominância ocular, auditiva, manual e pedal); Noção do Corpo (representação mental que consiste na integração das partes do corpo que participam no movimento e das relações que estabelecem entre si e os objetos externos); Estruturação Espaço-Temporal (funções de receção, processamento e armazenamento, a nível espacial e rítmico); Motricidade Global (movimentos de grandes grupos musculares, envolvendo a organização da atividade consciente e a sua programação, regulação e verificação); Motricidade Fina (movimentos precisos das mãos e dedos, que envolvem a velocidade, a precisão e a facilidade de reprogramação de ações, à medida que as informações tátil-perceptivas se ajustam às informações visuais) (Fonseca, 2007).

Aragón (2007) aborda técnicas que podem ser consideradas na intervenção psicomotora: relaxação (possibilita a regulação do tônus, tomada de consciência do corpo); jogo (promove o desenvolvimento motor e dos sentidos, as capacidades de pensamento e criatividade, a expressão livre e libertação de tensões e a comunicação e cooperação com os pares); música (motiva para a realização da atividade, permite a estimulação e a relaxação) e dança (permite que o indivíduo exteriorize e sinta o corpo); expressão plástica (possibilita a exteriorização do estado interior).

## 2.1. Intervenção Psicomotora com Crianças com PEA

A intervenção psicomotora pode ocorrer com crianças que parecem não ter apego aos outros, não se interessar por eles ou pelas suas ações. Quando estas dificuldades de comunicação ocorrem, muito características das PEA, o psicomotricista deve, então, observar a criança, o seu olhar, gestos, movimentos, sons, e procurar um significado a partir dos efeitos e acontecimentos que sucedem na interação com o espaço, os objetos e as pessoas (Llinares & Rodríguez, 2003b).

Segundo Perrin & Laranjeira-Heslot (2009), a avaliação psicomotora de crianças com PEA está na base de todo o trabalho terapêutico, não sendo desta forma necessário um diagnóstico para se dar início à intervenção. Os autores valorizam a avaliação, pois esta foca-se no indivíduo como um todo em interação com o ambiente e ajuda a aperfeiçoar as observações nos domínios de interação, comunicação e

interesses da criança. Acrescentam que a informação recolhida envolve aspetos relacionais, perceptivos, cognitivos e motores, podendo, assim, ser útil na formulação do diagnóstico. Além disso, a avaliação precede a criação do plano individual de intervenção, com a formulação de objetivos gerais e operacionais. Henry & Jacquart (2009) consideram também que a psicomotricidade pode aperfeiçoar e explicar o diagnóstico dos sinais de PEA, muitas vezes descritos a propósito de particularidades tónicas, posturais, motoras, sensoriais e emocionais.

A avaliação psicomotora da criança com PEA deve, não só, incluir a construção da anamnese com os pais e a observação da relação pais-filho, mas também partir da observação direta, ser estruturada sem ser rígida, dar lugar a conhecer a espontaneidade da criança e ter como base os seus interesses e pontos fortes. Assim, algumas modificações devem ser consideradas na forma de avaliação, para que a criança entenda melhor o ambiente, o qual deve apresentar uma maior coerência e previsibilidade, para que a criança com PEA não se recuse a realizar o proposto. Apesar disso, a natureza e quantidade de ajudas fornecidas constituem os primeiros elementos da avaliação psicomotora da criança (Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009).

Durante a avaliação, é importante a organização do espaço, devendo existir diferenciação de zonas, assim como a gestão do tempo, destacando-se que: deve ser dado algum tempo de resposta à criança; a alternância entre atividades induzidas e livres dá informação ao psicomotricista e torna-se securizante para a criança; a gestão dos momentos de transição requer atenção especial e pode permitir antecipar a atividade seguinte; o estabelecimento de rituais pode dar ritmo à avaliação e promover a autonomia; a antecipação por parte da criança pode ser promovida através de um horário. Destaca-se ainda que as atividades propostas devem evoluir gradualmente em termos de complexidade, podendo ser necessário decompor a atividade, e as solicitações feitas à criança podem tornar-se mais concretas (e.g. materializar um caminho para o deslocamento ou o lugar para se sentar) (Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009).

No que respeita à relação terapêutica, é importante que o psicomotricista tenha em conta a sua forma de comunicar e interagir com a criança. De facto, a dificuldade frequente na compreensão verbal leva à necessidade de simplificar, reduzir, decompor e explicar o solicitado, por vezes implícito. Para tornar as intenções mais claras, é também muitas vezes útil associar gestos à linguagem e ampliar a comunicação não-verbal (expressão facial e prosódia), podendo a utilização de suportes visuais ser igualmente facilitadora. Na interação, os contactos oculares, os contactos físicos e a distância interpessoal devem ser utilizados e solicitados com precaução. Por fim, como a criança nem sempre está disposta a partilhar uma atividade, podem associar-se aos reforços sociais, reforços mais orientados para os seus interesses, geralmente sensoriais, e.g., bolhas de sabão, bola brilhante (Perrin & Laranjeira-Heslot, 2009).

As referidas adaptações devem ser tidas em conta na avaliação psicomotora da criança com PEA. Contudo, considera-se que também devem ser consideradas na própria intervenção, como estratégias para alcançar os objetivos estabelecidos.

Bonneville (2000) valoriza, para além dos reforços positivos, a estruturação da sessão de psicomotricidade com crianças com PEA, destacando o ritual de entrada e saída (e.g., remoção e colocação dos sapatos, preparação e arrumação do material), para tornar o ambiente mais seguro e a criança se acostumar ao ritmo da sessão e compreender que tem de terminar a tarefa antes de arrumar de novo o material. O autor destaca que o trabalho do psicomotricista deve ser realizado em equipa, em coordenação com o trabalho de outros profissionais envolvidos.

Linares & Rodríguez (2003a) apresentam uma proposta de intervenção psicomotora com base num inventário realizado por Ángel Rivière, em 1997. Na proposta, consideram-se quatro grupos de dificuldades características das crianças com PEA, sendo abordadas estratégias de intervenção, das quais se destacam:

- **Dificuldades no desenvolvimento social:** O psicomotricista deve “escutar” a criança, estar disponível para responder às suas necessidades, respeitar a distância e



propor situações de acordo com os seus interesses. Após conseguida a empatia, podem propor-se jogos circulares (de estrutura simples e em resposta à iniciativa da criança), jogos de antecipação (música com movimentos associados), jogos de imitação e criadas situações que promovam o contacto ocular, em que a criança tenha necessidade de procurar o outro e em que haja verbalização do vivido (ritual de saída);

- **Dificuldades na comunicação e linguagem:** O psicomotricista deve criar a necessidade de comunicar partindo do interesse mostrado pela criança (colocar o objeto desejado fora do alcance facilita que o gesto de apontar seja moldado e se coloque por palavras o desejo). Para se promover a linguagem expressiva, os sons, ecolalias e palavras descontextualizadas devem ser dotadas de sentido e ajustar-se ao contexto do jogo ou ignoradas para que não surjam de novo, a criança deve ser incentivada a nomear objetos que usa e as interações entre pares possibilitada. Quanto à linguagem receptiva, o psicomotricista deve verbalizar frases simples e claras, num tom de voz concordante com o estado de ânimo e utilizar gestos, se necessário.

- **Dificuldades na antecipação e flexibilidade:** Para uma maior segurança e antecipação de acontecimentos, o espaço e tempo da sessão devem ser organizados. Para se promover a flexibilidade, devem ser introduzidas modificações graduais no jogo repetitivo, rituais e materiais;

- **Simbolização:** O psicomotricista deve proporcionar jogos com conteúdo pré-simbólico (aparecer/desaparecer, puxar/empurrar, perseguições), promover o uso funcional de brinquedos, desenvolver o jogo simbólico (primeiro com brinquedos que representem objetos reais) e promover a imitação e gestos comunicativos.

Para finalizar, Bottini (2005) refere que a prática psicomotora com crianças que apresentam sinais de autismo pode de facto ser bastante útil para o desenvolvimento dessas crianças. Segundo o autor, cada gesto, postura, movimento, som emitido pela criança vai adquirindo algum sentido no contexto de relação com o psicomotricista, devendo ser sempre valorizados. Além disso, o psicomotricista deve favorecer as possibilidades comunicacionais da criança, sendo que será a sua atitude que permitirá ir diferenciando e carregando de sentido comunicacional cada sessão. A atitude terapêutica deve então ter sempre em conta o contexto onde se desenrolam as sessões, a idade e personalidade da criança, o seu estilo comunicacional, a sua constituição familiar, os seus pares e professores intervenientes.

As sessões de psicomotricidade podem decorrer não só em contexto de ginásio, mas também noutros espaços, de seguida apresentados.

### **2.1.1. Intervenção psicomotora em meio aquático**

O meio aquático pode trazer benefícios que incidem de forma concreta em problemáticas resultantes das PEA, tais como: melhorar a postura corporal; aliviar tensões (que muitas vezes surgem devido a movimentos repetitivos e autoagressões); gerar um estado de ânimo positivo (por vezes afetado pela dificuldade em compreender o mundo social envolvente); ajudar a melhorar estados de ansiedade e melhorar sintomas de depressão; promover o desenvolvimento psicomotor; favorecer a autoestima. A nível orgânico destacam-se os seguintes benefícios: estimular a circulação sanguínea, ajudar a manter a pressão arterial estável; reduzir o risco de problemas cardiovasculares; desenvolvimento da maior parte dos grupos musculares; fortalecer os tecidos articulares; desenvolver a flexibilidade (Gutiérrez, 2007).

Yilmaz, Yanarda, Birkan, & Bumin (2004) procuraram determinar os efeitos de exercícios aquáticos e natação no desempenho motor de crianças com PEA, tendo constatado melhorias ao nível do equilíbrio, velocidade, agilidade, flexibilidade e resistência cardiorrespiratória. Além disso, verificaram a diminuição de movimentos estereotipados e ecolalias. Por outro lado, para Brun (2009), o aspeto mais importante dos jogos na água com crianças com PEA consiste no trabalho de integração sensorial, primordial para estas crianças.

Gutiérrez (2007) valoriza que nas sessões de intervenção no meio aquático com crianças com PEA haja sempre comunicação, nomeadamente com feedback

verbal ou tátil, as sessões sejam estruturadas, se promovam os pontos fortes de cada uma como forma de motivação para as outras aprendizagens, e se trabalhe a generalização das aprendizagens para além do meio aquático.

### **2.1.2. Intervenção psicomotora no âmbito da equitação terapêutica**

As crianças com PEA reagem positivamente à presença de animais, existindo uma tendência natural para se interessarem e interagirem com eles (Sams, Fortney, & Willenbring, 2006). Os autores constataram que, sendo incorporados animais nas sessões, as crianças com PEA interagiam e utilizavam mais a linguagem com os animais e adultos presentes. Existindo animais na terapia, em vez da criança ser recompensada por se envolver na atividade, a recompensa é a atividade em si, o que reforça a motivação das crianças com PEA, essencial para uma participação ativa.

Mais especificamente, a equitação terapêutica consiste numa terapia que utiliza o cavalo como instrumento de trabalho para estimular o desenvolvimento motor, emocional e social de pessoas com necessidades especiais, com o objetivo de se promover uma melhoria na qualidade de vida dos praticantes (Lermontov, 2004).

Num estudo que avaliou os efeitos da equitação terapêutica em crianças com PEA, constataram-se melhorias na sensibilidade sensorial e motivação social, bem como uma menor desatenção, distração e comportamentos sedentários (Bass, Duchowny, & Llabre, 2009). Outro estudo, com crianças e jovens com PEA, indica que a equitação pode resultar em melhorias na autorregulação (irritabilidade, letargia, comportamento estereotipado e hiperatividade), habilidades de linguagem expressiva, habilidades motoras e capacidade de planeamento motor verbal (Gabriels et al., 2012).

De facto, os cavalos são animais que respondem a pistas humanas subtis e a causa-e-efeito proporcionada pela sua resposta imediata pode ajudar a criança com PEA a tornar-se mais consciente do impacto do seu comportamento. A equitação pode ainda melhorar a coordenação, o planeamento motor e o equilíbrio, devido à necessidade constante de adaptação do peso aos movimentos do cavalo. A rotina das sessões é também importante para a organização das crianças: colocar o capacete; sentar e esperar; montar o cavalo; realizar atividades; desmontar o cavalo; levar o cavalo para a área devida; agradecer; arrumar o equipamento (Gabriels, et al., 2012).

Lauhirat (2006) refere que não há dúvidas sobre o potencial do cavalo e da equitação, como geradores de estímulos sensitivos. Segundo o autor, o estímulo neuromotor que o cavalo está associado à promoção dos fatores psicomotores, assim como ao processo transferencial. Na atividade psicomotora equestre o objetivo é que a criança, com determinada patologia, possa reconhecer-se e existir como um sujeito, no qual sua imagem do corpo está em jogo. Assim, a prática equestre só será significativa se o que ocorrer nela durar e for reproduzido no solo.

Por fim, a equitação terapêutica pode beneficiar a criança a nível psicomotor, no que respeita à tonicidade, flexibilidade, postura, equilíbrio, coordenação motora, dissociação de movimentos (Lermontov, 2004), lateralidade, esquema corporal e conhecimento da posição do próprio corpo e do cavalo (Freire, 2006).

O estágio realizado decorreu com crianças que frequentam Unidades de Ensino Estruturado para o Autismo (UEEA), em escolas, passando-se então a abordar a intervenção psicomotora e a educação inclusiva.

## **2.2. Intervenção Psicomotora e a Educação Inclusiva**

Para os educadores não é fácil ensinar alunos com PEA, tal como que para os alunos com PEA é difícil aprender pelo sistema escolar atual. Os educadores devem então esforçar-se por compreender e fazer aquilo que não surge como um instinto e os talentos das crianças serem promovidos, sem existir um foco nas dificuldades. Se o ensino tiver em conta a diversidade, menos crianças precisarão de um apoio especial, e apesar de algumas crianças com PEA necessitarem dele, não precisam contudo de ficar num local segregado. Como entrave à inclusão no ensino regular destaca-se a cooperação e colaboração com os pares, pois muitos apoios dados para permitir a

inclusão de crianças com PEA tornam a criança mais isolada dos seus pares, por não permitirem um contato positivo com os mesmos (Jordan, 2008).

Segundo Adelantado (2007), a incorporação de psicomotricistas nas escolas facilita a implementação de práticas educativas mais eficazes e inclusivas. O autor refere coincidências entre a intervenção psicomotora e a educação inclusiva, destacando-se que: no mesmo local cada um pode realizar atividades ajustadas às suas capacidades; a aprendizagem ocorre através de experiências de jogo e do descobrimento espontâneo e guiado; a heterogeneidade é enriquecedora para todos; o trabalho é ajustado às necessidades, competências, interesses de cada um; o trabalho ocorre frequentemente em conjunto com outros profissionais; as famílias participam no processo de ensino-aprendizagem; as crianças aprendem com os pares; recursos materiais são utilizados para otimizar a aprendizagem; nem todos alcançam a mesma meta ao mesmo tempo e da mesma forma, tendo cada criança a sua forma de trabalhar e ritmo particular que devem ser respeitados; o profissional tem confiança nas capacidades da criança, o que transmite a confiança necessária ao progresso.

De acordo com Wilkinson & Twist (2010), apesar de todos os esforços, a inclusão de crianças com PEA em salas de ensino regular ainda tem um longo caminho a percorrer, existindo uma evidente necessidade de formação de professores, para um maior conhecimento sobre as necessidades educacionais específicas e seja realizada posteriormente uma avaliação mais confiante e consistente.

Neste sentido, considera-se que a incorporação de psicomotricistas nas escolas poderá também ser útil no sentido de promover formação aos professores de ensino regular e auxiliares, no que respeita às PEA e estratégias para lidar com crianças com esta perturbação no dia-a-dia da escola. Este é um trabalho que tem vindo a ser realizado pela APPDA-Lisboa (instituição que integra em escolas regulares técnicos especializados), e que se pretende continuar a promover no futuro.

De seguida, será realizado um enquadramento dos aspetos de natureza legal do contexto escolar e institucional, em que as atividades de estágio se inserem.

### **3. Enquadramento Legal**

De acordo com a Lei nº49/2005 disposta em Diário da República, que corresponde à segunda alteração à Lei de Bases do Sistema Educativo, todos os portugueses têm direito à educação e à cultura, sendo da responsabilidade do estado garantir o direito a uma justa e efetiva igualdade de oportunidades no acesso e sucesso escolares. Neste sentido, o Ministério da Educação, além do ensino regular, potencializa algumas modalidades especiais de educação escolar que visam a plena participação da população no sistema de ensino, entre as quais a educação especial.

Com o objetivo de promover a igualdade de oportunidades, valorizar a educação e promover a melhoria da qualidade do ensino, desenvolvendo uma escola democrática e inclusiva, surge o Decreto-Lei (DL) nº3/2008, que refere expressamente que todas as crianças com Necessidades Educativas Especiais (NEE) devem ser plenamente integradas educativa e socialmente nas escolas de ensino regular, com a participação dos pais e encarregados de educação, devendo ser dadas as condições necessárias para uma inclusão efetiva. Compete às escolas o principal papel em todo o processo ensino-aprendizagem, sendo sua obrigação organizarem-se e responderem adequadamente às necessidades destas crianças. Assim, para que as escolas respondam adequadamente devem solicitar o apoio de estruturas intermédias, bem como elaborar para todos os alunos com NEE um Programa Educativo Individual (PEI), ou seja, um documento que indique as necessidades de cada criança ou jovem e fundamente as respostas educativas e respetivas formas de avaliação.

Outro ponto abordado no DL nº3/2008 refere que para se apoiar a adequação do processo de ensino-aprendizagem dos alunos com NEE de carácter permanente, podem ser tomadas algumas medidas: Apoio Pedagógico Personalizado; Adequações Curriculares Individuais; Adequações no Processo de Matrícula; Adequações no Processo de Avaliação; Currículo Específico Individual (CEI); Tecnologias de Apoio.

As medidas podem ser aplicadas cumulativamente, exceto as adequações curriculares individuais e do CEI, não cumuláveis entre si. As escolas/agrupamentos podem ainda desenvolver respostas específicas diferenciadas, nomeadamente para alunos com PEA, criando as UEEA, cujo enquadramento legal é apresentado de seguida.

### **3.1. Unidades de Ensino Estruturado para a Educação de Alunos com Perturbações do Espectro do Autismo**

De acordo com o artigo nº 25 do DL nº3/2008, as UEEA constituem uma resposta educativa especializada desenvolvida em escolas/agrupamentos para alunos com perturbações enquadráveis nas PEA. Os objetivos das unidades consistem em:

- Promover a participação dos alunos com PEA nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular junto dos pares da turma a que pertencem;
- Implementar e desenvolver um modelo de ensino estruturado, que consista na aplicação de um conjunto de princípios e estratégias que, com base em informação visual, promovam a organização do espaço do tempo, dos materiais e das atividades;
- Aplicar e desenvolver metodologias de intervenção interdisciplinares que, com base no modelo de ensino estruturado, facilitem os processos de aprendizagem, de autonomia e de adaptação ao contexto escolar;
- Proceder às adequações curriculares necessárias;
- Organizar o processo de transição para a vida pós-escolar;
- Adotar opções educativas flexíveis, de carácter individual e dinâmico, pressupondo uma avaliação constante do processo de ensino e de aprendizagem do aluno e o regular envolvimento e participação da família.

Nas UEEA a organização da resposta educativa aos alunos deve ter em conta o grau de severidade, o nível de desenvolvimento cognitivo, linguístico e social, o nível de ensino e a idade. Nas unidades devem existir docentes de educação especial e ser introduzidas as modificações necessárias, estando o espaço físico preparado com mobiliário e equipamentos adequados às necessidades das crianças e jovens.

No ano letivo 2010/2011 foi efetuado um relatório relativo às respostas educativas no âmbito da Educação Especial (IGE, 2011), tendo sido apontado que nas UEEA se verificou um défice de procedimentos tomados na transição para a vida pós-escolar e nas atividades promotoras da integração social dos alunos em parceria com instituições da comunidade. Contudo, em mais de 90% dos alunos verificaram-se níveis elevados de realização no que concerne à organização da implementação de ensino estruturado, às metodologias inter e transdisciplinares, à implementação de adequações curriculares e à adoção de medidas educativas flexíveis e de carácter individual e dinâmico. Constatou-se no relatório que 87,5% dos alunos participaram nas atividades curriculares e de enriquecimento curricular. Estes indicadores revelam o cuidado das escolas regulares no que respeita à inclusão das crianças das UEEA, devendo contudo existir posteriormente maior atenção no que respeita à transição para a vida pós-escolar e à integração das crianças com PEA na comunidade.

Segundo o DL nº3/2008, pode-se recorrer, através de parcerias com várias instituições particulares ou estatais, à aquisição de serviços técnicos especializados fora do espaço escolar, procurando-se ter em conta a execução de atividades de enriquecimento curricular e de outras respostas e/ou estratégias educativas, para que a transição da escola para o emprego ou programas de formação profissional sejam feitas com sucesso. Assim, para se assegurar um apoio multidisciplinar às crianças das UEEA, criaram-se os CRI, formados por equipas técnicas que se deslocam às escolas, os quais serão de seguida abordados.

### **3.2. Centros de Recursos para a Inclusão**

Os CRI são hoje uma tendência geral na Europa, de acordo com a Portaria nº 98/2011 publicada em *Diário da República*, a qual indica que as escolas especiais têm vindo a admitir significativamente menos alunos e a privilegiar cada vez mais, e com sucesso assinalável, o desenvolvimento de atividades de apoio às escolas públicas

com alunos com NEE, no âmbito das áreas curriculares específicas, das terapias e da transição para a vida ativa. Com a avaliação do trabalho realizado pelas instituições, através dos CRI, conclui-se que estas constituem um recurso valioso a favor do desenvolvimento de uma educação inclusiva, complementando o trabalho das escolas de ensino regular e respondendo de forma progressiva a preocupações e aspirações expressas, nos últimos anos, por famílias, escolas e professores.

No Aviso n.º 22914/2008 publicado em *Diário da República*, consta que o objetivo geral dos CRI consiste em apoiar a inclusão de crianças e jovens com deficiência e incapacidade, através da facilitação do acesso ao ensino, formação, trabalho, lazer, participação social e vida autónoma, promovendo o máximo potencial de cada um. Os objetivos específicos estipulados consistem em: apoiar a elaboração, implementação e monitorização dos PEI; criar e divulgar materiais de apoio à prática docente; consciencializar a comunidade educativa para a inclusão; promover a transição da escola para a vida pós-escolar; mobilizar as entidades empregadoras e apoiar a integração profissional; promover a qualificação escolar e profissional, apoiando as escolas e alunos; promover a formação contínua dos docentes; promover ações de apoio à família; promover a participação social e a vida autónoma; conceber e implementar atividades de formação ao longo da vida; apoiar o processo de avaliação das situações de capacidade por referência à Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF); promover acessibilidades.

As atividades desenvolvidas pelos CRI sustentam-se em “Projetos de Parceria” financiados pelo Ministério da Educação, sendo que na maioria dos projetos são técnicos especializados e diferenciados que atuam sobretudo ao nível do diagnóstico, avaliação e intervenção junto das crianças e jovens com NEE e suas famílias (DGIDC, 2007). Como consta no artigo 29º do DL n.º 3/2008, as atividades de serviço não docente, no âmbito da educação especial, são desempenhadas por técnicos com formação profissional adequada, como terapia da fala, terapia ocupacional, psicologia, treino da visão e intérpretes de Língua Gestual Portuguesa. Contudo, outros acompanhamentos podem ser previstos, nomeadamente ao nível da psicomotricidade.

Os CRI, de acordo com o Aviso n.º 22914/2008, devem cumprir alguns requisitos: ter disponível uma equipa multidisciplinar; experiência de pelo menos dois anos no apoio a crianças e jovens com NEE de carácter permanente; edifícios e transporte próprio acessíveis; parcerias com agrupamentos/escolas da sua área geográfica e com pelo menos duas entidades (autarquias, serviços de saúde, segurança social ou empresas). Uma das instituições acreditadas pelo Ministério da Educação como CRI é a APPDA-Lisboa, que desde 2009 exerce funções neste âmbito (APPDA-Lisboa, s/d-a). Esta instituição é apresentada de seguida.

#### **4. Enquadramento Institucional Formal**

O presente estágio decorreu ao nível do CRI da APPDA-Lisboa, sendo neste ponto a caracterização institucional realizada com base em informação recolhida junto de profissionais da associação e no seu site na Internet (APPDA-Lisboa, s/d-a).

A APPDA é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, Organização Não Governamental do Desenvolvimento, sem fins lucrativos, cuja missão é prestar serviços às pessoas com PEA e às pessoas significativamente relacionadas com elas, promovendo a defesa e o exercício dos respetivos direitos e a aquisição e melhoria da qualidade de vida. Esta organização pretende ser de referência no que respeita ao conhecimento do autismo e à qualidade dos seus serviços prestados, tendo como valores o respeito pela dignidade, a não discriminação, a inclusão, a solidariedade, o associativismo, o espírito de missão e a competência.

Os objetivos da associação consistem em: promover a defesa dos direitos das pessoas com PEA, colaborando com instituições congéneres; apoiar a investigação da etiologia, fenomenologia e terapêutica destas perturbações; promover a formação e educação das pessoas com PEA, visando a sua integração escolar e social; dar apoio e formação às famílias; melhorar a qualidade de vida das pessoas com PEA,

nomeadamente, através do acesso a diagnóstico e intervenção precoce, educação pré-escolar e escolaridade, centros de atividade ocupacional e centros residenciais.

No que respeita à história da associação, esta foi fundada em 1971, sob a denominação de Associação Portuguesa para Proteção às Crianças Autistas, por familiares de crianças com PEA que não encontravam respostas educativas para os filhos. A associação, com sede em Lisboa, tinha âmbito nacional e dava apoio a todas as pessoas que a contactavam, encaminhando-as para os escassos serviços existentes. A ideia inicial era a implementação de uma escola especial, mas acabou por se tornar na primeira associação para pessoas com PEA e suas famílias.

Em 2002, a APPDA adquiriu a sua denominação atual e as delegações existentes autonomizaram-se em Associações Regionais: APPDA-Lisboa; APPDA-Norte; APPDA-Coimbra; APPDA-Viseu. No ano seguinte, surgiu a APPDA-S. Miguel e Santa Maria e foi criada a Federação Portuguesa de Autismo, que substituiu a APPDA Nacional e integrou as associações regionais e outras associações dedicadas às PEA.

Atualmente, a sede da APPDA-Lisboa é no Bairro do Alto da Ajuda, num terreno com 12.000 m<sup>2</sup>, com dois Centros de Apoio Ocupacional (CAO), quatro centros residenciais, um pavilhão, uma estufa e uma piscina terapêutica coberta. Na sede é dado apoio a pessoas com PEA e suas famílias, mantendo-se os seguintes serviços:

- **Clínica de diagnóstico, avaliação e acompanhamento** - Com a colaboração de pediatra, geneticista, psiquiatra, psicólogos, psicopedagogos e técnicos de reabilitação, e com a parceria de Centros de Desenvolvimento Infantil e o Laboratório de Genética da Faculdade de Medicina de Lisboa;

- **Escola de Ensino Especial** - Para crianças e jovens em idade escolar;

- **CRI** - Apoia crianças com PEA que frequentam o ensino regular e jovens com PEA que se preparam para ingressar na vida ativa ou em centros de apoio;

- **CAO** - Para jovens e adultos com PEA, acompanhados por educadores, professores, terapeutas, auxiliares e monitores em ateliês de cerâmica, pintura, música, educação física, jardinagem, agricultura, têxteis, cozinha, tecelagem, natação, remo adaptado, lavandaria e atividades da vida diária e hipoterapia no exterior;

- **Centros Residenciais** - Para grupos de 6-9 pessoas que frequentam o CAO;

- **Serviço de Apoio às Famílias** - Coordenado por um Técnico Superior de Serviço Social;

- **Ações de formação, jornadas, seminários e workshops** - Sobre as PEA, destinados à comunidade e decorrendo em grande parte do território nacional.

A APPDA mantém acordos com o Ministério da Educação, o Ministério do Trabalho e com a Segurança Social. A sua direção faz a supervisão dos serviços, projetos, programas e publicações, sendo composta por 5 sócios, eleitos pela Assembleia Geral da APPDA-Lisboa. O Diretor Coordenador é responsável pela coordenação dos serviços e o Diretor Pedagógico pelas atividades e programas no CAO. Os Lares Residenciais são geridos por um Diretor e o CRI tem um Coordenador.

A equipa da APPDA-Lisboa conta com profissionais ao nível do CRI, do CAO e dos Lares Residenciais. No CRI existem 5 terapeutas da fala, 3 psicomotricistas e 4 psicólogas. O CAO conta com 2 terapeutas ocupacionais, 3 educadoras de infância, 1 educadora social, 3 psicopedagogos, 1 professor de música, 1 professor de educação física, 1 técnica de educação especial e reabilitação, 1 monitor de hortofloricultura e jardinagem, 1 monitor de tecelagem, 1 monitor de lavandaria, 1 professor de artes visuais, 9 auxiliares de ação educativa e 4 funcionários de serviço auxiliar de limpeza. Nos Lares existem 24 ajudantes de ação direta, 1 psicopedagogo e 2 funcionários de serviço auxiliar de limpeza. O CAO e os Lares Residenciais contam com 1 técnico de serviço social, 1 psiquiatra e 1 pediatra geneticista. O serviço de motoristas e de cozinha são assegurados por uma empresa contratada e os serviços administrativos estão a cargo de 4 funcionários. Os profissionais recebem regularmente formação.

## 5. Contexto Funcional

O CRI da APPDA-Lisboa apoia crianças que frequentam UEEA de escolas de ensino regular. No presente ano letivo, das 114 escolas com UEEA existentes em Lisboa e Vale do Tejo, nos distritos de Lisboa, Setúbal, Santarém e Leiria (DRELVT, 2011), o referido CRI apoiou crianças em 17 escolas. A sua equipa técnica inclui 12 profissionais, ou seja, 5 terapeutas da fala, 4 psicólogas e 3 psicomotricistas.

Neste ponto, será abordada apenas a organização e funcionamento da psicomotricidade na APPDA-Lisboa, sendo de seguida especificado o seu contributo no CRI, dado que foi a este nível que decorreu o trabalho exercido ao nível do estágio.

### 5.1. Organização e Funcionamento da Psicomotricidade na APPDA-Lisboa

Na APPDA-Lisboa, tal como se pode observar na Tabela 3, a psicomotricidade está presente ao nível do CRI e do CAO, decorrendo a intervenção no primeiro caso em escolas e, no segundo caso, nas instalações da APDDA.

**Tabela 3** - Enquadramento da psicomotricidade na APPDA-Lisboa, no ano letivo 2011/2012

	Agrupamento de Escolas	Escola	Nº de indivíduos apoiados
CRI	Alfornelos	EB1 Santos Mattos	7
		EB2,3 Alfornelos	5
	Amélia Rey Colaço	EB1 D. Pedro V	6
	Avelar Brotero	EB1/JI Avelar Brotero	7
	Bobadela	EB2,3 da Bobadela	1
		EB1/JI da Bobadela	7
	Ferreira de Castro	EB1/JI Mem Martins	6
		EB2,3 Ferreira de Castro	6
	João Villaret	EB1/JI do Fanqueiro	7
	Pedro Eanes Lobato	EB1 Quinta da Medideira	7
		EB2,3 Pedro Eanes Lobato	14
	Pintor Almada Negreiros	EB1/JI Alta de Lisboa	6
	Professor Delfim Santos	EB1 António Nobre	6
		EB2,3 Delfim Santos	7
	S. Vicente de Telheiras	EB1/JI Prista Monteiro	6
CAO	Santa Maria dos Olivais	EB1/JI Sarah Afonso	6
		EB2,3 dos Olivais	6
	Ginásio da APPDA		16

A intervenção ao nível do CRI decorreu no ano letivo 2011/2012 em 17 escolas de 11 agrupamentos, sendo acompanhadas 110 crianças (6-18 anos), a frequentar o 1º, 2º e 3º ciclos. A intervenção foi da responsabilidade de 3 psicomotricistas e da estagiária, que dinamizaram sessões individuais ou em grupo, em contexto de ginásio, no meio aquático ou no âmbito da equitação terapêutica. As sessões visaram promover o desenvolvimento psicomotor das crianças, a sua autonomia e cognição, bem como intervir em aspetos relacionais, comportamentais e comunicativos.

No CAO da APPDA-Lisboa, 16 clientes participaram em sessões de psicomotricidade, que decorreram no ginásio da associação. As sessões individuais respeitaram os interesses pessoais e envolviam a realização de um percurso, sem grandes alterações, mantendo a rotina da sessão. Nestas sessões, os principais objetivos consistiram em desenvolver a autonomia e a qualidade de vida, centrando-se principalmente nos fatores psicomotores da Equilibração e Praxia Global.

As atividades de estágio decorreram ao nível do CRI da APPDA e serão apresentadas no próximo capítulo.

### III. REALIZAÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL

No presente capítulo será abordada a prática profissional no âmbito do estágio, que decorreu em 8 escolas do CRI da APPDA-Lisboa. Inicialmente será descrita a população apoiada e apresentados os casos, que correspondem aos alunos que frequentam a UEEA da EB1/JI Sarah Afonso, indicados os objetivos do presente estágio, a intervenção nas diferentes escolas, os contextos em que ocorreu, a calendarização e horário de estágio. De seguida, será apresentado o processo de intervenção psicomotora com as referidas crianças, que inclui a avaliação realizada antes e após a intervenção e sugestões futuras. No final, serão apresentadas dificuldades e limitações sentidas, bem como atividades complementares de formação.

#### 1. População Apoiada

No âmbito do estágio, a população apoiada distribui-se por cinco agrupamentos e oito escolas, localizadas nos Olivais, Benfica, Linda-a-Velha, Bobadela e Amora (Tabela 4). Uma descrição mais detalhada pode ser consultada no Anexo A.

No total, foram acompanhadas 52 crianças e jovens, 39 do género masculino e 13 do género feminino, em idade escolar, sendo que a maioria (30) frequenta o 1º ciclo. Quanto ao diagnóstico, 39 alunos apresentam PEA, existindo também crianças com Trissomia 21 (Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental), Paralisia Cerebral e Déficit Cognitivo, bem como com PEA associada ao diagnóstico de Hipoacusia Neuro-Sensorial Bilateral (Surdez Moderada), Trissomia 21, Esclerose Tuberosa, SXF e PHDA<sup>2</sup>. Todas as crianças frequentam as UEEA das respetivas escolas. Constatou-se, no grupo de alunos apresentado, que as UEEA recebem crianças com outros diagnósticos além daquele para o qual foram estabelecidas, sendo desconhecido o motivo que levou a essa decisão. A intervenção decorreu no meio aquático (em pequeno grupo), em ginásio (individualmente, a pares ou em pequeno grupo) ou no âmbito da equitação terapêutica (individualmente), sendo que na EB2,3 Pedro Eanes Lobato algumas crianças participaram em contexto de ginásio e equitação terapêutica.

**Tabela 4 - Caracterização da população apoiada ao âmbito do estágio**

Agrupamentos	Alfornelos	Amélia Rey Colaço	Bobadela	Pedro Eanes Lobato		Prof. Delfim Santos	Santa Maria dos Olivais		TOTAL
Escolas	EB 2,3 de Alfornelos	EB1 D. Pedro V	EB1/JI da Bobadela	EB 2,3 Pedro Eanes Lobato	EB1/JI Quinta da Medideira	EB1 António Nobre	EB 2,3 dos Olivais	EB1/JI Sarah Afonso	
<b>Nº de crianças</b>	5	6	7	11	5	6	6	6	52
<b>Género</b>									
Masculino	3	4	4	10	4	4	5	5	39
Feminino	2	2	3	1	1	2	1	1	13
<b>Idade</b> (em 1/1/2012)	11 ≤ I ≤ 14	8 ≤ I ≤ 11	6 ≤ I ≤ 11	10 ≤ I ≤ 16	7 ≤ I ≤ 8	6 ≤ I ≤ 9	11 ≤ I ≤ 15	6 ≤ I ≤ 11	6 ≤ I ≤ 16
<b>Escolaridade</b>									
Pré-Escolar	-	-	-	-	1	-	-	-	1
1º Ciclo	-	6	7	-	4	6	-	6	29
2º Ciclo	4	-	-	6	-	-	3	-	13
3º Ciclo	1	-	-	5	-	-	3	-	9
<b>Diagnóstico</b>									
PEA	3	3	5	10	5	6	6	3	41
PEA/DA	-	2	1	1	-	-	-	3	7
Outro	2	1	1	-	-	-	-	-	4
<b>Intervenção</b>									
Contexto	MA	G	MA	ET; G	ET	G	G	G	-
Individual	-	-	-	11	5	2	-	6	24
Pares	-	2	-	-	-	4	-	-	6
Grupo	5	4	7	8	-	-	6	-	30

*Nota:* I= Idade; PEA= Perturbação do Espectro do Autismo; PEA/DA= Perturbação do Espectro do Autismo, com outro diagnóstico associado; Outro= Crianças com diagnóstico de Trissomia 21, Paralisia Cerebral ou Déficit Cognitivo; G= Ginásio; MA= Meio Aquático; EQ= Equitação Terapêutica.

As crianças que frequentam a UEEA da EB1/JI Sarah Afonso foram selecionadas para estudos de caso a apresentar no relatório, dado nesta escola a

<sup>2</sup> Os diagnósticos estão de acordo com o PEI ou com avaliações consultados nos registos de cada aluno, existentes nas respetivas escolas.



estagiária ter realizado a intervenção autonomamente e sem acompanhamento direto das técnicas do CRI, sendo que nas restantes escolas a intervenção ocorreu com a supervisão das psicomotricistas. De seguida, serão apresentados os casos em estudo.

### **1.1. Apresentação de Casos**

Neste ponto, serão apresentadas as crianças que frequentam a UEEA da EB1/JI Sarah Afonso, sendo feita uma breve caracterização, descrito o nível de aquisições e dificuldades atuais e apresentada a anamnese, com informação clínica, psicológica, escolar e familiar. As informações foram retiradas do PEI de cada criança. No Anexo B são apresentadas, tal como consta no PEI dos alunos, as áreas funcionais avaliadas de acordo com a CIF e medidas educativas estabelecidas. Para que se manter a confidencialidade das informações, serão utilizados nomes fictícios.

#### **1.1.1. André**

O André tem 6 anos e frequenta o 1ºano de escolaridade. Pelo relatório de avaliação da APPDA-Lisboa de 2011, a criança apresenta um diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento - Sem Outra Especificação, no qual se inclui o autismo atípico (DSM-IV), com alteração ligeira do comportamento (CARS=30). Pela Consulta de Genética do Hospital D. Estefânia, o André está diagnosticado com SXF e apresenta atraso de desenvolvimento global e alterações na comunicação e no comportamento.

De acordo com dados retirados do PEI da criança, o André estabelece algum contacto visual, mas ainda desvia muito o olhar. Mantém a atenção, numa relação de um para um e em tarefas simples, e resolve situações simples ligadas à sua vivência diária e à sua vontade, como beber água. A criança consegue fazer escolhas simples, contudo leva algum tempo a verbalizar. Na escolha de atividades, não demonstra iniciativa ou escolhe sempre as mesmas (desenhar, ver livros ou fazer um jogo), organiza-se de forma simples nestas atividades, mas noutras tem muita dificuldade em fazê-lo. Em situações de stress, geralmente, amua e mostra receio. Tem dificuldade em enfrentar o desconhecido e em gerir situações novas.

Quanto à linguagem oral, o André não articula bem as palavras, mas expandiu o repertório lexical na nomeação de objetos, animais e ações (não os aplica no seu discurso). Começa a dizer frases simples a pedido, mas normalmente usa a palavra-frase. Na relação um-para-um, responde a perguntas simples, mas não estrutura uma conversa e demora a responder em grande grupo, falando baixo e por monossílabos. Segundo a família, em casa, a criança fala muito e relata acontecimentos.

Ao nível das interações pessoais básicas, a criança procura o adulto para receber atenção e carinho, mas se confrontada com uma vontade exterior oferece resistência. As relações com os pares dependem da interação estabelecida por estes, pois a iniciativa tem de pertencer ao outro.

O André brinca sozinho e gosta de fazer legos, mas raramente adere a jogos de “faz-de-conta”. Imita sons de animais de forma consistente e começa a imitar gestos sociais, mas não os utiliza de modo espontâneo.

#### **Anamnese**

O André nasceu de uma gravidez saudável, por parto eutócico. No 1º ano de vida, foi descrito como um bebé bastante sociável que seguia os pais com o olhar e fazia gracinhas. Sempre comeu e dormiu bem, assim como sinalizava o desconforto de forma eficaz. Segundo o pai, a criança adquiriu linguagem dentro dos tempos esperados, embora o desenvolvimento posterior se tenha feito de forma lenta. Adquiriu a marcha um pouco mais tarde que o esperado, dado que caía com muita frequência e manifestava medo. Pouco depois dos 3 anos, após entrada no jardim-de-infância, os pais decidiram procurar uma consulta especializada e recorreram a pediatra do desenvolvimento que diagnosticou uma alteração no desenvolvimento, tendo sido detetada SXF, após estudo genético.

Do ponto de vista educativo, a partir de novembro de 2006, começou a frequentar a Creche/JI do Centro de Acolhimento Infantil José Domingos Barreiro (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa). A partir de janeiro de 2007, foi acompanhado pela Equipa de Intervenção Precoce pertencente ao Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais. Em setembro de 2010, começou a frequentar o JI nº 5 de Santa Maria dos Olivais, que corresponde à sua área de residência. No presente ano letivo de 2011/2012, passou a frequentar a EB1 Sarah Afonso e a respetiva UEEA.

Atualmente, o André vive com os pais e duas irmãs, sendo o filho mais novo.

### **1.1.2. Gustavo**

O Gustavo tem 8 anos e está atualmente inserido numa turma de 2º ano de escolaridade. A criança apresenta uma Surdez Bilateral Média e, segundo o relatório de avaliação da APPDA em 2010, tem um diagnóstico de Perturbação Autística (DSM-IV-TR), com alteração moderada do comportamento (CARS=36).

A criança apresenta grandes dificuldades na abstração e na organização das ideias, no planeamento e na gestão do tempo, no autoconhecimento e na flexibilização cognitiva. A receção e expressão da linguagem oral estão também comprometidas.

Com a regulação do adulto e sem ser de forma espontânea, o Gustavo realiza tarefas simples e faz escolhas simples, geralmente com recurso a Símbolos Pictográficos para Comunicação (SPC) usados na rotina de escola. Responde à voz humana e compreende o significado da mensagem falada simples, mas tem dificuldade em interpretar expressões faciais. Quando contrariado expressa-se com agitação física, grito e expressão facial de choro. Sorri e abraça para mostrar afeto, dá a mão quando quer algo do adulto, contudo não desenvolve a interação e não aponta para obter objetos. Esporadicamente produz a palavra “água” e “olá” por solicitação do adulto; não produz outras palavras.

O Gustavo substitui um comportamento indesejável por outro também desajustado, como comer papel ou partículas que estão na mesa ou no chão, meter as mãos na boca, gritar, saltitar e abanar as mãos.

A criança dispersa-se com muita facilidade apresentando alheamento e pouca curiosidade pelo ambiente e objetos que o rodeiam, mas estabelece contacto visual e mantém atenção com o adulto em atividades do seu interesse como fazer um puzzle.

O Gustavo pega em brinquedos e mantém-se ocupado de forma deliberada e continuada no jogo solitário, mas não desenvolve o jogo simbólico e não desenvolve nem compreende o jogo a pares. É muito resistente a atividades que impliquem imitação, não aponta e não diz adeus por imitação.

### **Anamnese**

A gravidez da mãe do Gustavo foi detetada ao terceiro mês e decorreu sem problemas, tendo a criança sido desejada por toda a família. O Gustavo, filho único, nasceu às 39 semanas de parto normal, eutócico, com 2,780 Kg e com 47 cm de comprimento, tendo um Índice de Apgar ao 1º minuto de 9 e ao 5º minuto de 10.

Durante o primeiro ano de vida foi um bebé calmo, que dormia muito e que gostava de estar sossegado, não sinalizando o desconforto, como por exemplo a fome. Revelava alguma falta de tónus muscular e não revelava interesse pelos brinquedos. Mantinha a atenção nos outros mas não apreciava estar ao colo nem interações prolongadas, tendo chorado apenas após um ano de vida.

Começou a sentar-se quando tinha 1 ano e só adquiriu marcha autónoma perto dos 3 anos. Aos 2 anos começou a manifestar alterações mais evidentes no desenvolvimento e comportamento (andava em bicos dos pés, exibia movimentos repetitivos com as mãos, não falava e manifestava algumas estereotipias). Os pais recorreram a uma consulta de desenvolvimento, sendo diagnosticada Perturbação Global do Desenvolvimento/Autismo Atípico e iniciado um apoio terapêutico no Centro de Desenvolvimento Infantil – Diferenças. Para além disso, a criança frequentou

terapias cognitivas-comportamentais na APPDA e a Metodologia Floortime na Unidade da Primeira Infância, na Encarnação, que pertence ao Hospital D. Estefânia.

O Gustavo teve várias otites cerosas e num despiste auditivo foi diagnosticada Hipoacusia Neuro-Sensorial Bilateral - Surdez Moderada. Posteriormente foi feita uma intervenção cirúrgica para colocação de tubos transtimpânicos.

A criança revela intolerância ao glúten, pelo que realiza uma dieta específica.

Os pais do Gustavo estão separados e a criança vive com a mãe, vendo e estando com o pai com frequência.

Do ponto de vista educativo, aos 6 meses começou a frequentar uma ama onde ficou até ter 1 ano. Com 2 anos, começou a frequentar a creche, mas demonstrou dificuldades de adaptação tendo deixado de a integrar. Seguiu-se um período em que a mãe ficou em casa com o Gustavo e durante o qual foram estruturados espaços específicos para as suas atividades. Em 2007/2008, com 4 anos, começou a frequentar o JI nº 5 de Santa Maria dos Olivais não tendo manifestado dificuldades na adaptação, foram-lhe aplicados os objetivos e estratégias de acordo com os princípios de uma UEEA.

No ano letivo 2009/2010, a criança passou a frequentar o 1º ano na EB1/JI Sarah Afonso, permanecendo na referida escola até à data presente.

### **1.1.3. Mário**

O Mário tem 8 anos e está inserido numa turma do 3º ano de escolaridade. Apresenta um diagnóstico de Perturbação Autística (DSM-VI-TR), com alteração moderada do comportamento (CARS=34), segundo a avaliação da APPDA em 2010.

O Mário dispersa-se com muita facilidade, mas se regulado pelo adulto, prende a atenção em estímulos auditivos como canções, histórias e na voz humana. Imita gestos, sons, e copia letras e números. Dirige-se ao adulto e faz pedidos centrados nos seus focos de interesse, como alimentos, passeios ou atividades.

Utiliza a palavra como frase e repete frases simples, apresentando grandes dificuldades a nível articulatório e acentuada ecolália imediata aparentemente como estratégia de fuga à tarefa. Revela dificuldades de compreensão.

Resolve situações básicas desde que relacionadas com vivências diárias e as suas necessidades primárias e faz escolhas relacionadas com o foco de interesses pessoais. Realiza tarefas simples autonomamente se da sua preferência, sendo que nas restantes necessita da regulação do adulto. Encadeia rotinas diárias com estruturação exterior como horários, grelhas de análise de tarefas, planos de trabalho e ajuda verbal. Apresenta baixa capacidade de resistência à frustração e lida com o stress e outras exigências psicológicas perdendo o controlo do seu comportamento com facilidade. Quando contrariado, o Mário expressa-se de modo muito intenso gritando, fazendo birras e por vezes cuspiendo.

Interage com os adultos de referência de forma espontânea para receber atenção, carinho e para fazer pedidos, embora de forma pouco adequada pois emite sons em vez de palavras. Não interage com os pares, mas tolera a interação destes. Apresenta comportamentos obsessivos tendo de arrumar tudo, sendo que se não o fizer não consegue manter a atenção na atividade. Mantém-se ocupado de forma deliberada e continuada no jogo solitário. Brinca com brinquedos, mas não desenvolve o jogo simbólico nem compreende o jogo a pares.

### **Anamnese**

Segundo a mãe, o Mário nasceu de uma gravidez e parto normais, com um Índice de Apgar de 9. No primeiro ano de vida revelou um desenvolvimento motor normal e mostrou-se um bebé ativo mantendo boas interações com os pais e com os objetos e brinquedos. As primeiras palavras foram ditas por volta dos 13/14 meses e cerca dos 18 meses começou a mostrar alterações na fala e no padrão do sono.

No Hospital D. Estefânia, fez despiste auditivo que não indicou qualquer alteração e foi encaminhado para consulta de desenvolvimento, em que foi

referenciado com diagnóstico de PEA – Autismo Moderado. No mesmo hospital, o Mário está a ser seguido na consulta de imunologia, devido a alergias respiratórias. Ao nível da visão, foi diagnosticado com estrabismo, com visão reduzida no olho direito.

Ao longo do seu desenvolvimento, manifestou alterações comportamentais como fobias a sons, fixação em partes de objetos, memorização de caminhos e gritos.

O Mário vive com os pais, sendo filho único. Tem o apoio dos avós paternos.

No que respeita ao percurso escolar, até frequentar o JI nº 2 de Marvila, pouco antes dos 4 anos, o Mário esteve em casa com os avós e com a mãe, que trabalha por turnos. Fez uma integração progressiva necessitando, inicialmente, da presença da mãe. No JI usufruiu de apoio especializado e de terapia da fala, sendo que, a partir do ano letivo 2007/2008, foram aplicados objetivos e estratégias de acordo com os princípios de uma UEEA. A entrada para o 1º ano na EB1/JI ocorreu no ano letivo 2009/2010, tendo a criança permanecido nesta escola até à data presente.

#### **1.1.4. Rui**

O Rui, com 7 anos, encontra-se a frequentar o 1º ano de escolaridade. Na Unidade de Primeira Infância, a criança foi diagnosticada com Perturbação da Relação e da Comunicação e, segundo a avaliação em 2011 da APPDA, apresenta diagnóstico de Perturbação Global do Desenvolvimento - Sem Outra Especificação, no qual se inclui o autismo atípico (DSM-IV), com alteração ligeira do comportamento (CARS=30).

O Rui lê uma história pequena e simples em letra de imprensa e já começou a fazê-lo em letra manuscrita, mas tem dificuldade em retirar informação e necessita da orientação do adulto. Escreve o nome em letras maiúsculas de imprensa, sem grande perfeição e outras palavras a pedido. Com supervisão, resolve problemas muito simples e ligados à sua vivência diária. A criança solícita o adulto para lhe resolver as situações, sendo a tomada de decisões comprometida por fixações e obsessões.

Os seus períodos de atenção são curtos, interrompe o adulto muitas vezes e assume atitudes provocatórias. Num trabalho mais organizado com o adulto, está atento se as tarefas o interessarem e forem de duração reduzida. Frequentemente, quando está a realizar uma tarefa, levanta-se para ir ter com o adulto, para satisfazer a necessidade de movimento, para cumprir um ritual (fechar a porta) ou para exibir um comportamento desajustado (sair da sala). Antecipa alguns momentos do dia, como a saída de uma assistente operacional, muitas vezes ligadas a rituais (fechar o portão).

A criança lida com o stress e outras exigências psicológicas fazendo birras e recusas. Tem dificuldade em gerir o seu comportamento e exprimir emoções de forma apropriada.

O Rui compreende o discurso do dia-a-dia do adulto e responde adequadamente a mensagens simples, mas não demonstra interesse por explorar temas com conteúdos mais académicos. Estrutura uma conversa, embora os temas sejam repetitivos. Faz pedidos, perguntas simples e relata acontecimentos simples, mas nem sempre com a forma gramatical correta e com algumas dificuldades na articulação. A criança tem interesses muito fortes e, muitas vezes, faz birras para fazer valer as suas ideias. Quando confrontado por um pedido de outra pessoa ou quando não entende uma situação, também faz birras: bate o pé, levanta a mão.

Ao nível das interações, não procura muito os colegas do grupo, mas aceita as suas iniciativas. Na interação com os colegas, muitas vezes, imita comportamentos e atitudes do adulto (e.g., chamar para a fila, distribuir tarefas). Procura constantemente o adulto para conversar, lhe dar atenção e lhe resolver situações do dia-a-dia.

A criança mantém-se ocupada de forma deliberada e continuada no jogo solitário, mas não com um colega.

#### **Anamnese**

Durante a gravidez, a mãe do Rui viveu um período complicado. No início do tempo de gestação teve perdas hemáticas, ameaça de parto prematuro às 33 semanas e várias alterações familiares, como o falecimento da avó do Rui. A criança

nasceu às 39 semanas, apresentando um atraso de crescimento intrauterino, com 2.350 kg e um Índice de Apgar registado de 7 e 9.

Em outubro de 2004, com 6 meses, o Rui é encaminhado para uma consulta de desenvolvimento, do Hospital Cuf Descobertas.

No primeiro ano de vida, o Rui manifestou hipotonia e atraso nas aquisições (e.g., segurou a cabeça aos 5 meses, começou a andar aos 20 meses). Em consulta de pediatria, os pais sinalizaram que parecia não olhar e fazer gracinhas. Os exames médicos de despiste (audiograma, ressonância magnética, exames metabólicos e genéticos) não evidenciaram qualquer condição relevante. O Rui foi diagnosticado com Atraso Global de Desenvolvimento, na Unidade da Primeira Infância.

Em dezembro de 2004, começou a ser acompanhado pelo Projeto de Intervenção Precoce da Cerci Lisboa, iniciando intervenção bissemanal em fisioterapia e, após aquisição da marcha, com 1 ano e 8 meses, apoio em terapia ocupacional.

O Rui tem estrabismo miópico, mas atualmente não usa óculos. Em setembro de 2005, teve uma intervenção cirúrgica aos testículos, mas sem internamento.

Em 2006, foi observado na Unidade da Primeira Infância, tendo sido diagnosticado com Perturbação da Relação e da Comunicação. Na referida unidade, a criança iniciou sessões de Floortime e ainda é seguida em consultas periódicas.

Em 2007/2008, iniciou terapia da fala e a sua mãe participou em várias das sessões de intervenção, de forma a dar continuidade às técnicas e programas e desenvolvidos neste âmbito, tais como o treino de mastigação e o programa Makaton. Em 2008, começou a ter convulsões espásticas, com menos de 1 minuto, cerca de 20 minutos após adormecer. Foi encaminhado para a consulta de neurologia pediátrica. Atualmente está medicado com Depakine, fez manifestação convulsiva em período diurno e à noite mantém manifestações convulsivas esporádicas.

O Rui é o primeiro filho do casal, tem uma irmã mais velha, cujo progenitor é o pai, e um irmão mais novo, aproximadamente com um ano. Vive com a mãe e o irmão e vê o pai regularmente.

Do ponto de vista educativo, entrou na creche aos 5 meses, na fundação D. Pedro IV, tendo feito uma boa integração e beneficiado de um programa de intervenção precoce. Em 2008, o seu grupo mudou de educadora e, segundo os pais, verificaram-se alterações pouco positivas para o grupo, sendo que o Rui deixou de mostrar algumas das competências que já tinha adquirido. Em 2009, beneficiou, pela primeira vez, de uma educadora especializada, que o apoiava no contexto do JI. Foi solicitado adiamento de escolaridade. Em setembro de 2010, o Rui entrou no JI nº 5 dos Olivais, tendo apoio da educação especial. No presente ano letivo de 2011/2012, passou a frequentar a EB1 Sarah Afonso e a respetiva UEEA.

O Rui frequenta natação adaptada e psicomotricidade na Associação de Atividade Motora Adaptada.

#### **1.1.5. Sara**

A Sara tem 11 anos e está atualmente inserida numa turma de 4º ano de escolaridade. Segundo a última avaliação realizada pela APPDA em 2011, apresenta um diagnóstico de Perturbação Autística (DSM-IV-TR), com alteração grave do comportamento (CARS=41) e um quadro de hiperatividade.

A Sara revela alheamento em relação ao que a rodeia e dispersa-se com muita facilidade, sendo que só mantém e dirige a atenção por curtos espaços de tempo com solicitação do adulto. Contudo, estabelece contacto visual e é capaz de permanecer sentada durante algum tempo. Autonomamente realiza tarefas simples se forem da sua preferência, mas nas restantes necessita da regulação constante do adulto.

Após muita insistência responde à voz humana e compreende o significado da mensagem falada simples, respondendo a ordens e pedidos muito básicos. Em termos perceptivos, não adequa a atenção e a resposta a estímulos do meio. Começa a responder a gestos muito simples, como “dá”.

A nível cognitivo, começa a apontar objetos e imagens a pedido. Por leitura da direção do olhar, mesmo não apontando, o adulto sabe que os identificou. Não procura um objeto escondido à sua frente, mas faz puzzles com mais de 36 peças.

Em termos de comunicação/linguagem, a Sara não reage ao “não”, não responde ao seu nome e não reage quando se lhe pergunta “onde está a Sara?”. Na linguagem expressiva quase não produz sons. Exprime satisfação ou contentamento através do riso e saltinhos, e desagrado ou frustração através da recusa, atirando-se para o chão ou rindo descontroladamente. Quando interessada, reconhece os símbolos pictográficos para comunicação que marcam as áreas da sala e atividades.

Na área da socialização/comportamento, a sua participação nas atividades, está muito dependente da ajuda e orientação do adulto. Na realização de uma atividade não se organiza sozinha e quebra frequentemente a atenção. Ainda não se motiva perante recompensas concretas. Leva frequentemente a manga das camisolas ou casacos à boca, dá-lhe pequenas mordidelas ou chucha nela. Ocasionalmente leva objetos à boca. Quando está de mão dada com o adulto, por vezes, verificam-se alguns comportamentos como: atirar-se para o chão; dar puxões; pisar o adulto.

A Sara mantém-se ocupada de forma deliberada e continuada no jogo solitário, mas não desenvolve nem compreende o jogo a pares. Não realiza qualquer imitação.

### **Anamnese**

A gravidez da mãe da Sara foi vigiada e decorreu sem problemas, tendo a criança sido desejada por toda a família. A Sara nasceu às 41 semanas, de parto normal, com 3,430 Kg e com 47 cm de comprimento, o seu Índice de Apgar ao 1º minuto era de 9 e ao 5º minuto de 10. A mãe manifestou sintomas de depressão pós-parto, mas não foi seguida pelo médico. Segundo a mãe, era um bebé calmo que ao nível do desenvolvimento não manifestava qualquer motivo para preocupações, fazendo as aquisições nos momentos esperados.

Aproximadamente aos 18 meses, disse “mamã” e “cão”, mas a linguagem por volta dos 2 anos desapareceu. Em consulta de otorrinolaringologia, a Sara foi diagnosticada com uma otite cerosa e fez uma intervenção cirúrgica para colocação de tubos transtimpânicos, sem internamento.

Antes dos 3 anos, a Sara foi à consulta de desenvolvimento da Unidade da Primeira Infância, pois a mãe considerava haver um atraso de linguagem. Na consulta, foram indicadas “Dificuldades de Relação e Comunicação” e a criança passou a ser acompanhada nessa unidade semanalmente, aproximadamente durante um ano.

Em março de 2004, por indicação de pediatra foi observada no Centro de Desenvolvimento Infantil - Diferenças, passando a ter apoio psicológico, que ainda mantém, e terapia da fala.

Em fevereiro de 2005, passou a tomar Risperdal (1 mg), mas posteriormente e de forma progressiva, começou a regredir, tendo perdido algumas das aquisições feitas e mostrado alguma apatia e desinteresse pelo que a rodeava, bem como agitação física. Ao deixar a medicação, voltou a interessar-se pelo que a rodeava.

Em 2008, a Sara foi acompanhada no Hospital Pediátrico de Coimbra, tendo sido emitido um relatório onde é referido um nível de desenvolvimento muito abaixo da média, défice cognitivo e comportamento adaptativo muito abaixo da média.

Atualmente continua a ser seguida no Centro de Desenvolvimento Infantil – Diferenças e está medicada com Rubifen para a hiperatividade. Nunca fez exames genéticos nem metabólicos, mas está prevista a realização de exames nesta área.

A Sara, filha mais velha de uma fratria de dois, vive atualmente com os pais.

Do ponto de vista educativo, frequentou um JI particular da área de residência, onde não teve apoio educativo. Segundo a mãe, não havia muita troca de informações, mas durante a sua permanência nessa instituição a Sara foi ganhando competências, como deixar de usar fralda, comer sozinha, entre outras.

Em 2005/2006, começou a frequentar o JI nº 1 de Santa Maria dos Olivais. Em colaboração com o Centro de Estudo e Apoio à Criança e à Família, adotou-se o

modelo TEACCH e foi efetuado um trabalho com a família. A Sara beneficiou de Apoio Educativo Individualizado de uma hora, quatro vezes por semana, bem como um apoio compartilhado em período de refeição. No ano letivo 2006/2007, frequentou o 1º ano na EB1/JI Sarah Afonso, tendo permanecido nessa escola até ao momento atual.

#### **1.1.6. Vítor**

O Vítor tem 11 anos e encontra-se inserido numa turma de 4º ano de escolaridade. A criança apresenta uma Perturbação Autística (diagnóstico efetuado com 2 anos e 5 meses de idade pela consulta de desenvolvimento do Hospital de Santa Maria). Os resultados da última avaliação, efetuada pela APPDA em 2011, apontam igualmente para o diagnóstico de Perturbação Autística (DSM-IV-TR), com alteração grave do comportamento (CARS=40.5).

O Vítor dispersa-se com muita facilidade, apresentando alheamento em relação ao que o rodeia, mas estabelece contacto visual. Com solicitação do adulto, mantém, dirige e partilha a atenção por curtos espaços de tempo. Dirige-se ao adulto pedindo informação e fazendo pedidos centrados nos seus focos de interesse, como os alimentos, passeios ou atividades.

Resolve situações básicas, desde que interligadas com vivências diárias e as suas necessidades primárias, nas restantes necessita da regulação do adulto. O Vítor encadeia rotinas diárias com estruturação exterior como horários, grelhas de análise de tarefas, planos de trabalho e ajuda verbal.

Apresenta baixa capacidade de resistência à frustração e lida com o stress e outras exigências psicológicas perdendo o controlo do seu comportamento com facilidade. Se contrariado, expressa-se de modo muito intenso, grita, deambula de forma agitada e violenta, bate com as mesas e cadeiras e tenta agredir os outros.

A criança interage com os adultos de referência de forma espontânea para receber atenção, carinho e para fazer pedidos mas nem sempre o faz de forma socialmente adequada. Não interage com os pares, mas tolera a interação destes. Atualmente, em situação de saídas para o exterior, permanece junto do adulto.

Manifesta grande resistência nas atividades ligadas a atividades escolares, o que condiciona o seu desenvolvimento. Além disso, mantém-se ocupado de forma deliberada e continuada no jogo solitário, mas não desenvolve o jogo a pares.

#### **Anamnese**

O Vítor nasceu às 40 semanas de uma gravidez vigiada. Durante a gestação ocorreu uma deslocação de placenta que implicou um período de repouso materno. Nasceu por parto eutócico, com um Índice de Apgar 9. No primeiro ano de vida, a criança foi submetida a uma cirurgia por se ter verificado à nascença uma duplicação do 5ºdedo do pé esquerdo. As alterações de comportamento foram identificadas aos 15 meses, sendo que o Vítor se mostrava “distante”, não respondia ao nome, manifestava agitação motora, movimentos estereotipados, alterações do sono e comunicava pela repetição do que lhe diziam (ecolália).

A criança fez despiste em otorrinolaringologia com resultados dentro da norma. O seu comportamento foi considerado atípico em janeiro de 2003, passando a ser acompanhado na consulta de desenvolvimento do Hospital de Santa Maria. Aos 2 anos e 5 meses, o Vítor foi diagnosticado com PEA. Iniciou terapia da fala e acompanhamento pedagógico individualizado com significativa evolução do seu comportamento e desenvolvimento.

Atualmente é acompanhado no Hospital S. Francisco Xavier nas consultas de desenvolvimento e neuropediatria e também iniciou acompanhamento no Hospital Pediátrico de Coimbra na consulta de autismo. Faz também medicação para controle das funções do sono e deixou de fazer medicação para as funções da atenção, devido a efeitos secundários, como acentuados maneirismos e tiques motores.

Atualmente, o Vítor vive com os pais e as duas irmãs, sendo o segundo filho. Tem apoio de familiares próximos.

Do ponto de vista educativo, em 2002/2003, frequentou o Externato Maria Teresa e, nos 2 anos letivos seguintes, o JI nº 57 de Telheiras usufruindo de apoio educativo. No ano letivo 2006/2007, frequentou o 1ºano de escolaridade na EB1 Paulino Montez, nº 113. A partir de 2007/2008 começou a frequentar a EB1 Sarah Afonso e a UEEA manifestando dificuldades de adaptação e integração, com comportamentos disruptivos, que veio a ultrapassar.

## **2. Objetivos e Atividades de Estágio**

Os objetivos gerais do presente estágio consistem em proporcionar a aprendizagem e o treino especificamente direcionado para o exercício da atividade profissional, através do ganho de competências ao nível da intervenção psicomotora, da relação com outros profissionais e com a comunidade.

No que respeita à intervenção psicomotora realizada com as crianças apresentadas neste relatório como estudos de caso, destacam-se os objetivos:

- Verificar se existem alterações positivas no perfil psicomotor das crianças, ao longo de sessões individuais em contexto de ginásio;
- Verificar se existem alterações positivas no perfil de comportamentos das crianças, ao longo de sessões individuais em contexto de ginásio.

De seguida, será apresentada a forma como decorreu a intervenção no âmbito do estágio, nas várias escolas, sendo dado especial enfoque à EB1/JI Sarah Afonso.

### **2.1. Intervenção Psicomotora**

A intervenção psicomotora decorreu no âmbito reeducativo e terapêutico, dado que se dirigiu a crianças e jovens com PEA. As crianças acompanhadas beneficiaram de intervenção em contexto de ginásio, no meio aquático ou no âmbito da equitação terapêutica. No caso das sessões de psicomotricidade em ginásio, estas decorreram de acordo com uma estrutura base, que envolveu o aquecimento, a fase fundamental e o retorno à calma. A estrutura já era utilizada, com ligeiras adaptações e alterações, pelas psicomotricistas do CRI da APPDA. Neste sentido, no geral, no primeiro momento da sessão era realizado um reconhecimento e mobilização por imitação das diferentes partes do corpo, sempre pela mesma ordem, desde o movimento dos pés até à mobilização da cabeça, para se estabelecer uma rotina e a memorização da sequência das ações motoras a realizar. Por vezes, esta atividade era substituída pelo movimento demonstrado ao som de uma música que sugeria movimentos de partes do corpo. Quanto à fase fundamental, esta envolveu a realização de jogos ou de percursos, em que as competências a trabalhar diferiam de sessão para sessão e estavam de acordo com o Plano de Intervenção de cada criança. Por fim, no retorno à calma eram dinamizadas, na maioria das vezes, atividades de massagem com bola, realizada pelo adulto à criança ou entre crianças, para que se trabalhassem aspetos associados à tonicidade, noção do corpo e lateralidade.

No contexto de meio aquático e de equitação terapêutica, a estrutura das sessões diferiu de escola para escola, sendo apresentada nos subpontos seguintes e de uma forma sintetizada no ponto 3 deste capítulo.

Quanto à avaliação, para além da EB1/JI Sarah Afonso, apenas na EB2,3 de Alfofnelos, EB1 D. Pedro V e EB1 António Nobre se utilizaram grelhas de avaliação. Nestas escolas, a estagiária dinamizou as sessões de acordo com os itens a avaliar em cada criança e contribuiu para o preenchimento das referidas grelhas.

De seguida, será apresentado o funcionamento das sessões de psicomotricidade com as crianças das UEEA das diferentes escolas. Um especial enfoque será dado à EB1/JI Sarah Afonso, sendo apresentada uma breve introdução relativa às características da UEEA desta escola e aos profissionais envolvidos.

#### **2.1.1. EB2,3 de Alfofnelos**

Na EB2,3 de Alfofnelos, as sessões realizaram-se com um grupo de 6 crianças, quatro com PEA, uma com Trissomia 21 e uma com Défice Cognitivo. As



sessões ocorreram uma vez por semana na Piscina de Alfovelos, sendo da responsabilidade da estagiária e supervisionadas pela psicomotricista do CRI.

A estrutura da sessão foi sempre mantida, iniciando pela entrada na piscina de forma ordenada após a realização de alguns batimentos de pernas, sendo de seguida realizadas algumas atividades em roda (colocar a boca e toda a cara na água, inspirar pelo nariz e expirar pela boca submersa, sobrar um brinquedo flutuante na água entre crianças, flutuar, submergir o corpo na vertical uma ou várias vezes, rápida ou lentamente), com uma sequência de tarefas base, mas com algumas alterações de sessão para sessão. Posteriormente eram realizados vários deslocamentos na água e depois dinamizados jogos em grupo, tendo-se sempre em conta os objetivos estabelecidos no plano de intervenção no que concerne à adaptação ao meio aquático, ao perfil psicomotor e ao comportamento. No final de algumas sessões foram realizadas atividades de relaxação. Resta acrescentar o ritual de saída, em que as crianças, em fila, passavam por dentro de um arco, antes de sair da piscina.

Os materiais disponíveis eram pranchas, rolos de esponja, bolas de diversos tamanhos, bonecos de plástico, argolas, arcos e um colchão.

### **2.1.2. EB1 D. Pedro V**

Na EB1 D. Pedro V, em Linda-a-Velha, as 6 crianças da UEEA beneficiaram de duas sessões de psicomotricidade por semana, sendo uma delas da responsabilidade da estagiária e supervisionada pela psicomotricista do CRI. A estagiária foi então responsável pela escolha e dinamização de atividades de dois grupos, um constituído por duas crianças que necessitam de um apoio mais individual e outro constituído por quatro elementos com uma maior autonomia.

No primeiro grupo, não foi possível a realização da fase de aquecimento, devido às acentuadas dificuldades de imitação. Desta forma, as sessões tiveram por base a realização de um percurso, com pequenas alterações e adaptações de sessão para sessão, em função das necessidades que as crianças iam demonstrando. Neste grupo foi também promovida a interação entre as duas crianças através de jogos com a manipulação de bolas. No final, foram realizadas atividades de relaxação, em que a bola e, pontualmente, lenços, eram utilizados como objetos mediadores do toque.

No segundo grupo, a intervenção decorreu de acordo com a estrutura base já descrita, sendo dinamizados jogos em grupo na fase fundamental, dado que na sessão em que a estagiária não estava presente eram realizados percursos. Desta forma, a estagiária procurou promover o desenvolvimento psicomotor das quatro crianças que pertencem a este grupo, mas também a sua interação, colaboração e o cumprimento de regras. Ao nível do aquecimento, o interesse das crianças por atividades com música, que implicavam a imitação de movimentos, foi aumentando ao longo da intervenção.

As sessões foram dinamizadas num ginásio amplo e com diversos materiais, como bancos suecos, colchões, rampas, pinos, bastões, argolas, arcos, bolas de vários tamanhos, cordas, raquetes.

### **2.1.3. EB1/JI da Bobadela**

A UEEA da EB1/JI da Bobadela é frequentada por 7 crianças, as quais se deslocaram uma vez por semana às Piscinas da Portela.

As sessões, ao contrário de todas as outras, foram da responsabilidade de uma técnica da Câmara Municipal da Portela e dividiram-se, no geral, em três momentos: realização de deslocamentos na água; atividades em grupo; realização de saltos para a piscina e/ou exploração livre da piscina e dos materiais. Dado que as sessões tiveram de ser dirigidas por uma técnica da Câmara Municipal e existiam duas crianças no grupo que necessitavam de atenção constante na piscina, a psicomotricista do CRI e a estagiária foram responsáveis por dar esse apoio individualizado e por adaptar as atividades que eram solicitadas às outras crianças.

Contudo, tanto a psicomotricista como a estagiária puderam interagir e dar apoio às outras crianças do grupo sempre que necessário.

Com o decorrer das sessões, as crianças revelaram menor receio e maior à vontade no meio aquático. Assim, com o aproximar do final do ano letivo, passaram a ir pontualmente à piscina grande, algo de muito agrado para as crianças, que muitas vezes o solicitavam. Na referida piscina, as crianças realizavam deslocamentos em fila com os rolos e a maioria realizou saltos para a piscina. As atividades que envolviam a interação entre as crianças também aumentaram com o decorrer das sessões.

Na Piscina da Portela estiveram disponíveis colchões, argolas, rolos de esponja, bolas, pranchas, e bonecos de esponja e de borracha.

#### **2.1.4. EB2,3 Pedro Eanes Lobato**

Quanto à EB2,3 Pedro Eanes Lobato, 11 crianças da UEEA deslocaram-se de manhã, uma vez por semana, de quinze em quinze dias, às Instalações da Guarda Nacional Republicana, na Aldeia de Paio Pires. Nesse local tiveram a oportunidade de interagir e montar um cavalo, sendo acompanhadas pela estagiária ou pela técnica do CRI. Eram disponibilizados dois cavalos, guiados por militares da GNR.

Da parte da tarde, foram realizadas sessões de psicomotricidade no ginásio da escola, inicialmente com 4 crianças com PEA, tendo uma delas também Trissomia 21 e, no final do ano letivo, com mais 4 crianças com PEA. Nestas sessões, foi realizado um percurso diferente de sessão para sessão da responsabilidade da estagiária, que interveio autonomamente, com a supervisão da psicomotricista do CRI. Devido à pouca autonomia das crianças, estas permaneciam sentadas até chegar a sua vez. Numa das últimas sessões, a estagiária dinamizou um jogo de passes de bola, em que as crianças, estando em roda, cada uma dentro de um arco, deviam passar a bola ao colega que estava ao seu lado. Para a realização desta atividade e devido às dificuldades das crianças, tornou-se necessária a colaboração da professora da UEEA e de auxiliares, que acompanhavam as crianças à sessão. Apesar da grande necessidade de ajuda que as crianças revelam para a realização de uma atividade deste género, considera-se que a mesma foi pertinente e que atividades que envolvam a interação devem também ser promovidas posteriormente neste grupo.

O ginásio da escola era amplo e incluía bancos suecos, trampolim, colchões pequenos e grande, bolas, cordas, arcos, pinos e argolas.

Resta acrescentar que, tendo estado a estagiária nesta escola mais horas do que as destinadas às sessões propriamente ditas, houve a oportunidade conhecer melhor o funcionamento da UEEA e de interagir com as crianças em diferentes contextos, situações e atividades, como por exemplo, nas reuniões de grupo, à hora do lanche, no recreio, em atividades de expressão plástica e musical.

#### **2.1.5. EB1/JI Quinta da Medideira**

A EB1 da Medideira pertence ao agrupamento da escola anteriormente referida. De quinze em quinze dias, 5 crianças desta escola tiveram a possibilidade de beneficiar de equitação terapêutica, sendo acompanhadas por uma psicomotricista da APPDA e pela estagiária, tendo sido disponibilizados igualmente dois cavalos. Com as crianças de ambas as escolas, procurou-se promover a comunicação, a interação e a atenção, assim como a melhoria do tónus muscular, do equilíbrio e da postura. Para além disso, foram trabalhados aspetos como a noção do corpo e o reconhecimento da direita e esquerda e aspetos cognitivos como as cores e noções espaciais.

#### **2.1.6. EB1 António Nobre**

Na EB1 António Nobre, as 6 crianças da UEEA tiveram sessões de psicomotricidade uma vez por semana, sendo estas sessões da responsabilidade da estagiária e supervisionadas pela técnica do CRI. No total, a estagiária dinamizou 4 sessões por semana, sendo 2 de carácter individual e outras 2 realizadas a pares.

A estrutura base das sessões correspondeu à inicialmente descrita. Não sendo a mesma mantida no caso de uma das crianças, devido às suas dificuldades ao nível da imitação e ao facto de, apesar de algumas melhorias, não ser ainda capaz de permanecer algum tempo sentada ou deitada para realização de uma atividade de relaxação. Com um dos pares formados, foi também possível a realização de jogos na fase fundamental, não dependendo tanto as crianças da realização de percursos.

No que concerne ao material, no ginásio da escola estiveram disponíveis para a intervenção colchões, bancos suecos, pinos, bolas, arcos, cordas, espaldar.

#### **2.1.7. EB2,3 dos Olivais**

As 6 crianças que frequentam a UEEA da EB2,3 dos Olivais deslocaram-se uma vez por semana às instalações da APPDA-Lisboa.

As sessões de psicomotricidade decorreram de acordo com a estrutura base descrita inicialmente para as sessões em contexto de ginásio. O percurso realizado manteve a sua estrutura, sendo inseridas, pela estagiária, novas tarefas no mesmo, de sessão para sessão. Necessitando as crianças de um apoio constante, tanto a psicomotricista do CRI como a estagiária acompanharam as crianças durante a realização do percurso e trabalharam em cooperação ao longo das sessões. Aos poucos, foram inseridas no final das sessões atividades simples em grupo, que envolviam, por exemplo, atirar e receber uma bola ou o deslocamento em fila de arco em arco, em que a última criança fazia passar o último arco para a frente, para todos poderem continuar a andar. Estas atividades, realizadas com muita ajuda, tiveram como objetivo a cooperação e a interação entre os pares.

Neste ginásio amplo da APPDA encontraram-se disponíveis colchões, bolas, arcos, bancos suecos, pinos, bastões, cesto de basquete, espaldares, entre outros.

Este grupo inclui jovens que em menos de 3 anos completam a escolaridade obrigatória e têm uma NEE de carácter permanente. Neste sentido, têm o seu PEI complementado com um Plano Individual de Transição (PIT), no sentido de preparar a sua transição para a vida pós-escolar. Assim sendo, após as sessões de psicomotricidade, três elementos do grupo eram acompanhados a determinadas instalações do CAO (atelier de teares e lavandaria da APPDA), onde tiveram a possibilidade de adquirir algumas competências pré-profissionais.

#### **2.1.8. EB1/JI Sarah Afonso**

Na EB1/JI Sarah Afonso, localizada na zona dos Olivais Sul e pertencente ao Agrupamento de Escolas de Santa Maria dos Olivais desde o ano letivo 2004/2005, existe uma UEEA. Esta unidade é relativamente ampla, tem uma boa iluminação e baseia-se no Modelo TEACCH, sendo constituída por áreas de trabalho e lazer, cujas fronteiras são bem definidas e organizadas. Nesta UEEA os diversos espaços destinam-se a atividades de trabalho de grupo, brincar, aprender, trabalhar, computador e área de transição, com os horários de cada aluno, tal como seria de esperar de uma sala baseada no referido modelo. Na sala encontram-se vários materiais que ajudam no trabalho realizado com cada criança.

A UEEA da referida escola é frequentada por 6 crianças com idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos, as quais têm adequação do processo de ensino aprendizagem, integrando as seguintes medidas educativas, presentes no DL nº3/2008, no presente ano letivo 2011/2012: Apoio Pedagógico Personalizado; Adequações Curriculares Individuais (apenas o Rui); Adequações no Processo de Matricula, Adequações no Processo de Avaliação, CEI (todos exceto o Rui) e Tecnologias de Apoio. Além disso, é ainda aplicado o ponto 5.4 do Despacho nº 13170/2009 de 4 de junho, relativo à redução de turma.

Na UEEA, as crianças são acompanhadas por duas professoras de educação especial, uma assistente operacional e duas auxiliares. Em parceria com o CRI da APPDA, beneficiam de Terapia da Fala, Psicologia e Psicomotricidade. Além disso,

usufruem de Expressões, Música e Atividade Física, no âmbito das Atividades de Enriquecimento Curricular, e de acompanhamento pelo Centro de Apoio às Famílias.

As sessões de psicomotricidade tiveram início em janeiro de 2012, sendo da responsabilidade da psicomotricista estagiária o planeamento e dinamização das mesmas. Estas sessões decorreram em contexto de ginásio, com carácter individual e com uma duração aproximada de 30 minutos. A estrutura base das sessões correspondeu à descrita inicialmente, sendo que no aquecimento, no caso de duas das crianças da UEEA (Sara e Gustavo), com dificuldades ao nível da imitação, essa competência foi desenvolvida preferencialmente através de músicas, cuja letra sugeria a realização de movimentos simples, ou foram realizadas atividades com bola, para se desenvolverem competências ao nível da Praxia Global.

A sala de psicomotricidade, não sendo demasiado ampla, revelou-se suficiente e adequada para uma intervenção de carácter individual. Nesta sala estavam disponíveis 3 *fisioballs*, 2 bolas de rítmica, 1 bola de ténis, 8 pinos, 4 bastões, 10 arcos, 1 trave larga, 1 *puff*, 2 tapetes, 2 mesas, 4 cadeiras e variados brinquedos, tais como puzzles e carros, bonecos e animais de brincar. Restantes materiais, como formas de pés e mãos, contas para enfiar, boneco articulado, entre outros, foram disponibilizados e/ou criados pela estagiária.

## **2.2. Relação com Outros Profissionais e Família**

Tendo-se em conta que no CRI da APPDA o psicomotricista está integrado numa equipa que se pretende que seja multidisciplinar, ou seja, em que cada profissional da sua área trabalhe no sentido de atingir um objetivo em comum, ao longo do presente estágio não foi apenas estabelecida interação e relação com cada uma das crianças acompanhadas nas sessões dinamizadas. A função da estagiária passou também por um contacto próximo com professoras de educação especial, restantes técnicos do CRI (psicólogas e terapeutas da fala), respetivas professoras de ensino regular e famílias, embora nos dois últimos casos essa proximidade tenha sido rara em todas as escolas, por falta de oportunidade para que tal acontecesse.

A troca de informação com outros técnicos e com as professoras de educação especial realizou-se de forma informal, principalmente nas UEEA entre as sessões nas escolas. Em todas as escolas o contacto com as professoras das unidades foi efetivo, mas isso nem sempre ocorreu com os outros técnicos. Nos casos em que a intervenção decorreu em meio aquático, esse contacto não se tornou possível, devido ao facto das crianças e psicomotricistas se deslocarem aos locais de intervenção, afastados das respetivas escolas/unidades, local onde atuam as psicólogas e terapeutas da fala. Quando possível, a troca de informações tornou-se bastante enriquecedora possibilitando um maior conhecimento geral da criança, dos seus comportamentos e desempenho nos vários contextos. Para além disso, foram também por vezes discutidas as estratégias mais adequadas para promover o desenvolvimento ou lidar com um comportamento mais desadequado de determinadas crianças. O contacto entre os técnicos e professores de educação especial, que interagem diariamente com as crianças, quando possível, possibilitou constatar também se as crianças aplicavam noutros contextos o trabalhado e adquirido nas sessões.

De forma mais formal, foi possível a participação em reuniões de equipa no final do 2º e 3º período na EB1 António Nobre e no final do 3º período na EB1 D. Pedro V. Estas reuniões revelaram-se de grande importância dado que permitiram a partilha de informações entre as técnicas do CRI e professoras de educação especial quanto ao desempenho, evoluções e comportamentos revelados por cada criança acompanhada. As reuniões possibilitaram ainda refletir sobre o que correu melhor e pior ao longo do ano letivo e sobre possíveis soluções para cada caso no próximo ano.

A relação estabelecida com os familiares, no sentido de informar os pais relativamente ao decorrer das sessões de psicomotricidade e de compreender os comportamentos da criança em casa e nas sessões, ao contrário do que seria favorável, foi rara. Ocorreu apenas pontualmente quando algum familiar ia buscar a

criança à escola no final da sessão. A única situação em que ocorreu uma reunião formal com um encarregado de educação e os vários técnicos do CRI, em que foi possível a participação da estagiária, foi no final do ano letivo na EB1 D. Pedro V. Na reunião, após conversa sobre as competências demonstradas e comportamentos da criança, foi discutida a hipótese de no próximo ano letivo a criança beneficiar mais de um CEI do que Adequações Curriculares Individuais. Segundo o DL nº3/2008, as adequações curriculares podem consistir na introdução de objetivos e conteúdos intermédios ou na dispensa das atividades que se revelem de difícil execução, no caso de recurso a Tecnologias de Apoio não se revelar suficiente. Por outro lado, a aplicação de um CEI pressupõe alterações significativas no currículo comum, dando prioridade ao desenvolvimento de atividades de cariz funcional centradas nos contextos de vida, à comunicação e à organização do processo de transição para a vida pós-escolar. A hipótese da criança beneficiar de um currículo deste género foi considerada pertinente pelos intervenientes, tendo cada um dado o seu contributo.

Pode, então, concluir-se que é fundamental um bom funcionamento e coordenação da equipa do CRI, em contacto direto com os professores e famílias dos alunos das UEEA, para mais e melhores progressos nas crianças acompanhadas.

### 3. Contextos de Intervenção

As atividades de estágio decorreram, tal como já referido, em ginásio, no meio aquático e ao nível a equitação terapêutica. De seguida, é apresentada a Tabela 5, a qual sintetiza informação relativa a cada contexto. Além disso, no Anexo C podem ser observadas fotografias de algumas sessões de psicomotricidade dinamizadas.

**Tabela 5 - Síntese dos contextos de intervenção**

	<b>Ginásio</b>	<b>Meio Aquático</b>	<b>Equitação Terapêutica</b>
<b>Dimensão</b>	Entre 35 e 70 m <sup>2</sup> , aproximadamente	12 x 6 m (Piscina de Alformelos) 12,5 x 8 m (Piscina da Portela)	Cerca de 600 m <sup>2</sup>
<b>Alguns Materiais</b>	Colchões, arcos, argolas, bolas, pinos, bastões, cordas, banco sueco	Pranchas, rolos, bolas, bonecos de plástico, argolas, arcos, colchões	—
<b>Tipo de sessão</b>	Individual, pares, grupo	Grupo (5 a 7 elementos)	Individual
<b>Duração</b>	Entre 30 minutos e 1 hora	Entre 45 minutos e 1 hora	Cerca de 15 minutos cada criança
<b>Organização geral da sessão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aquecimento (jogo de imitação ou com música)</li> <li>- Fase fundamental (realização de percursos ou outros jogos)</li> <li>- Retorno à calma (atividade de relaxação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividades iniciais (bater as pernas na borda da piscina e atividades em roda)</li> <li>- Deslocamentos</li> <li>- Jogos em grupo</li> <li>- Atividades finais (relaxação ou exploração livre)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar o capacete</li> <li>- Cumprimentar o cavalo e o profissional da GNR</li> <li>- Montar o cavalo</li> <li>- Dar sinal ao cavalo para andar</li> <li>- Realizar as atividades</li> <li>- Desmontar o cavalo</li> <li>- Despedir-se</li> <li>- Tirar o capacete</li> </ul>
<b>Atividades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de percursos</li> <li>- Jogos de imitação, de exploração, de regras e de cooperação</li> <li>- Atividades de relaxação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deslocamentos na piscina</li> <li>- Jogos de imitação, de exploração, de regras e de cooperação</li> <li>- Atividades de relaxação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevar ambos os braços ou apenas um de cada vez, para promoção do equilíbrio</li> <li>- Atividades para desenvolver a comunicação, a noção do corpo, reconhecimento da direita e esquerda, aspetos cognitivos, entre outros</li> </ul>

### 4. Calendarização das Atividades e Horário de Estágio

Neste ponto será apresentado o cronograma dos procedimentos práticos e teóricos tomados, bem como o horário cumprido e a calendarização das sessões de psicomotricidade do ano letivo 2011/2012, a partir do momento em que se deu início às atividades de estágio.

#### 4.1. Cronograma de Procedimentos de Estágio

O cronograma apresentado na Tabela 6 diz respeito à organização dos procedimentos tomados ao longo do ano letivo a nível prático nas diferentes escolas em que ocorreu intervenção e a nível teórico com a realização do presente relatório.

**Tabela 6** - Cronograma geral das atividades de estágio

		2011	2012								
		DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET
Definição dos locais de estágio											
Elaboração e entrega de pedidos de autorização para fotografar e filmar sessões (Anexo D)											
Integração na equipa											
Planeamento e dinamização de atividades na sessão ou dinamização da mesma em cooperação com as psicomotricistas do CRI											
Planeamento e dinamização de sessões											
Participação em reuniões de equipa e de Encarregados de Educação de algumas escolas											
Relatório de estágio	Redação										
	Revisão										
	Entrega										
	Defesa										

#### 4.2. Horário de Estágio

O horário de estágio, que se pode observar na Tabela 7, foi estabelecido de acordo com o número de horas previsto pelo Regulamento da Unidade Curricular de Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais e em conjunto com as psicomotricistas do CRI da APPDA. Procurou-se criar um horário que proporcionasse o contacto com crianças de várias faixas etárias e a intervenção em vários contextos. Assim, constam no horário 20 horas nos locais de estágio e em reunião com a orientadora, não sendo contabilizadas deslocações. O horário distribui-se entre 2ª e 6ª feira, tendo uma distribuição variante, consoante os dias, entre as 9h00 e as 18h00.

**Tabela 7** - Horário de estágio no CRI da APPDA-Lisboa

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
9:00- 9:30				EB2,3 Pedro Eanes Lobato  EB1/JI Quinta da Medideira  (Amora)	
9:30- 10:00					
10:00- 10:30			EB2,3 Olivais  (APPDA-Lisboa)		EB2,3 de Alfovelos  (Alfovelos)
10:30- 11:00	EB1/JI da Bobadela  (Portela)				
11:00- 11:30		EB1 D. Pedro V  (Linda-a-Velha)			
11:30- 12:00					
12:00- 12:30					
12:30- 13:00					
13:00- 13:30					
13:30- 14:00	EB1 António Nobre  (Benfica)				EB1/JI Sarah Afonso  (Olivais)
14:00- 14:30					
14:30-15:00					
15:00- 15:30					
15:30- 16:00					
16:00- 16:30				Reunião de Estágio  Orientadora FMH	
16:30- 17:00					
17:00- 17:30					
17:30- 18:00					

#### 4.3. Calendarização das Sessões

A calendarização das sessões de psicomotricidade é apresentada na Tabela 8, existindo indicação do primeiro e último dia de intervenção, das interrupções letivas e do número de sessões previstas e realizadas. Contabilizaram-se os momentos em que sendo horário de sessão a estagiária esteve presente, mas foram dinamizadas outras atividades (e.g., dinâmicas de final de ano). Algumas sessões não foram realizadas por motivos de doença ou realização de visitas de estudo.

**Tabela 8 - Calendarização das sessões de psicomotricidade**

ESCOLA	INÍCIO	Interrupção Natal	Interrupção Carnaval	Interrupção Páscoa	FIM	Nº de sessões previstas	Nº de sessões realizadas
EB 2,3 de Alfarelos	2-dez-2011	19-dez-2011 a 2-jan-2012	20-fev-12 a 22-fev-12	26-mar-12 a 9-abr-12	15-jun-2012	25	25
EB1 D. Pedro V	17-jan-2012	—			12-jun-2012	36 (18 x 2 sessões)	36 (18 x 2 sessões)
EB1/JI da Bobadela	5-dez-2011	19-dez-2011 a 2-jan-2012			11-jun-2012	21	20
EB 2,3 Pedro Eanes Lobato	9-dez-11 (a)				14-jun-2012	G- 23 ET- 10	G- 22 ET- 8
EB1/JI Quinta da Medideira	2-fev-2011				31-mai-2012	8	7
EB1 António Nobre	5-dez-2011				11-jun-2012	63 (21 x 3sessões)	63 (b) (21 x 3sessões)
EB 2,3 dos Olivais	7-dez-2011				6-jun-2012	22	18
EB1/JI Sarah Afonso	13-jan-2012	—			15-jun-2012	120 (20 x 6 sessões)	115 (19+19+17+20+20+20 sessões) (c)

Notas: ET= Equitação Terapêutica; G= Ginásio;

As sessões de Equitação Terapêutica apenas iniciaram a 19 de janeiro de 2012;

(b) Nas raras situações em que uma criança não compareceu, as 3 sessões semanais foram mantidas, passando algumas sessões a pares a ser realizadas individualmente;

(c) A Sara e o Rui faltaram a 1 sessão inicial de observação (10 de fevereiro) e o Mário a 2 sessões iniciais de observação (20 janeiro e 3 de fevereiro) e a uma sessão de intervenção (13 de abril).

## 5. Processo de Intervenção

Nos subpontos seguintes será abordada a intervenção psicomotora na EB1/JI Sarah Afonso realizada com os casos descritos, sendo apresentado o planeamento da intervenção e a avaliação realizada (instrumentos utilizados, condições de avaliação, resultados obtidos). Além disso, será feita uma análise dos resultados do processo de intervenção e apresentadas sugestões relativamente à continuidade da intervenção.

### 5.1. Planeamento da Intervenção

O planeamento da intervenção é apresentado na Tabela 9, na qual se destacam 4 momentos da intervenção psicomotora: o momento 1 (13 de janeiro a 10 de fevereiro) corresponde a um período de observação e intervenção inicial de 5 sessões em que se pretendeu conhecer e criar relação com as crianças, mantendo-se a estrutura de sessão base prevista; o momento 2 (24 de fevereiro, 2 e 9 de março) corresponde à avaliação inicial formal; o momento 3 (13 de abril a 11 de maio) inclui 6 sessões de intervenção, tendo-se em conta o Plano de Intervenção; o momento 4 (25 de maio, 30 de maio e 8 de junho) corresponde à avaliação final formal realizada.

**Tabela 9 - Cronograma das atividades de estágio na EB1/JI Sarah Afonso**

	2012					
	JANEIRO	FEV.	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
Integração na equipa						
Avaliação inicial			M2			
Planos de Intervenção						
Intervenção Psicomotora		M1		IL	M3	
Planeamento de sessões						
Relatórios de sessão						
Aplicação do POSP						
Avaliação final						M4
Análise dos resultados						
Relatórios Finais de Intervenção						

Nota: M1= Momento 1, Sessões de observação e intervenção inicial; M2= Momento 2, Avaliação inicial; M3= Momento 3, Sessões de acordo com o Plano de Intervenção; M4= Momento 4, Avaliação final; POSP= Protocolo de Observação de Sessões de Psicomotricidade; IL= Interrupção letiva.

Assim, foram realizadas um total de 17 sessões psicomotricidade com cada criança, mais uma sessão de psicomotricidade ao ar livre em grupo no último dia de aulas, 15 de junho, com a colaboração da professora de educação especial e de auxiliares. Existiram ainda dois dias, antes da interrupção letiva para o Carnaval (17 de fevereiro) e Páscoa (13 de março), em que a estagiária esteve presente na unidade, participando nas atividades propostas pela professora da UEEA.

Podem considerar-se duas fases no que respeita ao planeamento de sessões realizado, sendo que após a realização dos Planos de Intervenção, ou seja, após a sessão nº10, os planeamentos de sessões efetuados deixaram de ser tão descritivos, passando a ser realizadas tabelas com indicação do momento da sessão, nome da atividade, domínio psicomotor envolvido, objetivos a alcançar de acordo com o Plano de Intervenção estipulado, tarefas, estratégias usadas para um maior sucesso por parte das crianças, material utilizado e duração de cada atividade. Importante referir-se que para cada dia de intervenção psicomotora na escola foi criada uma tabela de planeamento, sendo realizadas adaptações de criança para criança, as quais foram devidamente assinaladas.

A aplicação do POSP decorreu inicialmente para todas as crianças no dia 11 de maio de 2012 e, mais tarde, no dia 30 do mesmo mês para o Gustavo e a Sofia, e no dia 8 de julho para as restantes crianças.

No final do ano letivo, para uma maior comunicação com as professoras de educação especial e para que ficasse na UEEA registo sobre o processo de intervenção ao longo do ano, foram realizados e entregues Relatórios Finais de Intervenção. Os relatórios incluíram uma breve explicação da organização das sessões e do número de sessões previstas e realizadas, seguida de um gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final e da apresentação dos resultados obtidos na avaliação final, no que respeita aos vários domínios psicomotores e aos comportamentos, sendo comparados os resultados da avaliação inicial e final. Para além de fotografias ilustrativas das sessões, procurou-se ainda incluir observações finais sobre o decorrer das sessões e apresentar propostas no que respeita a intervenções futuras. A referida informação será apresentada no ponto 5.3. deste relatório relativo aos resultados do processo de intervenção.

De seguida será abordada a avaliação realizada, quanto aos instrumentos utilizados, condições em que ocorreu e resultados obtidos.

## **5.2. Avaliação**

A avaliação em psicomotricidade torna-se essencial para que se crie um Plano de Intervenção com objetivos específicos a desenvolver com cada criança no processo de intervenção futuro, bem como para mais tarde se verificar se ocorreram evoluções.

### **5.2.1. Instrumentos de Avaliação**

O enfoque da avaliação das crianças foi dado a uma grelha de avaliação da APPDA, que foi atualizada no âmbito do estágio, a Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental (GOPPC), tendo a mesma sido a base para a avaliação inicial e final. O Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade (POSP) (Fernández, 2008) foi utilizado para registo de duas sessões.

#### **Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental (GOPPC)**

A estrutura da grelha de avaliação adotada, a GOPPC, envolve vários itens de forma a obter um Perfil Psicomotor (103 itens) e um Perfil de Comportamentos (46 itens), estando cada um subdividido em domínios e subdomínios. O Perfil Psicomotor envolve: Tonicidade (1 item); Equilíbrio - Equilíbrio Estático (5 itens) e Equilíbrio Dinâmico (19 itens); Lateralização - Dominância Lateral (4 itens) e Organização Direita-Esquerda (3 itens); Noção do Corpo (7 itens); Estruturação Espaço-Temporal/Imitação (8 itens); Praxia Global - Motricidade Global (4 itens), Coordenação Óculo-Pedal (7 itens) e Coordenação Óculo-Manual (16 itens); Praxia Fina (14 itens);



Competências Cognitivas/Noções Espaciais (15 itens). O Perfil de Comportamentos inclui: Relação Interpessoal (15 itens); Ambiente/Material (10 itens); Sensorial (7 itens); Linguagem e Comunicação (8 itens); Outros Comportamentos (6 itens).

Tanto o Perfil Psicomotor como o Perfil de Comportamentos pressupõe um sistema de cotação em três níveis de desempenho, sendo que no primeiro caso correspondem a “Sucesso” (realização da atividade com sucesso), “Emergente” (realização de parte da atividade necessitando de ajuda ou de demonstrações) ou “Falha” (não realização da atividade, mesmo com ajuda ou após demonstrações). No segundo caso, são usados os níveis de classificação “Adequado” (comportamento adequado para a idade), “Ligeiro” (comportamento ligeiramente ou moderadamente desadequado), “Severo” (a qualidade, intensidade e manifestações do comportamento são claramente exageradas e perturbadoras). No caso de determinado item não ser cotado, deve ser assinalada a sua causa: “Não observado” (item não observado, por motivos diversos) ou “Não verbaliza” (se a criança não tem comunicação verbal). A descrição detalhada de cada item da grelha de avaliação deve ser sempre consultada durante o seu preenchimento e, após cotação do item, se pertinente, devem ser adicionadas observações no respetivo espaço reservado.

A GOPPC foi inicialmente construída pelas psicomotricistas do CRI e tem vindo a ser utilizada em período experimental e revista ao longo dos anos em colaboração com estagiárias da Faculdade de Motricidade Humana. Assim, a grelha apresentada neste estágio teve como base vários instrumentos de avaliação que avaliam: o desenvolvimento psicomotor da criança – Bateria Psicomotora (Fonseca, 2007), Exploración Psicomotriz (Ortega & Obispo, 2007); o desenvolvimento infantil em diversas áreas de competências – Schedule of Growing Skills II (Bellman, Lingam, & Aukett, 2003), Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths – Extensão Revista - Dos 2 aos 8 anos (Barnard et al., 2007); o desenvolvimento motor da criança – Body Skills: A Motor Development Curriculum for Children (Werder & Bruininks, 1988); o desenvolvimento de crianças com autismo: *Psychoeducational Profile Revised - PEP-R* (APPDA-Lisboa, s/d-b; Schopler, Reichler, Bashford, Lansing, & Marcus, 1990); *Psychoeducational Profile Third Edition - PEP-3* (Schopler, Reichler, Bashford, Lansing, & Marcus, 2004).

No presente ano, a adaptação da GOPPC, no sentido da sua melhoria, foi realizada através de uma revisão dos instrumentos de avaliação acima referenciados, assim como dos seguintes instrumentos: Peabody Developmental Motor Scale (Folio & Fewell, 2000) e L' Examen Psychomoteur: Enfants à partir de 6 ans (Leplat, 2005).<sup>3</sup>

O enfoque da adaptação da GOPPC consistiu na descrição detalhada dos itens que compõem a grelha, dando-se continuidade ao trabalho iniciado pelas técnicas do CRI, por forma a tentar obter um maior rigor na avaliação por observação direta. Para que tal acontecesse, foram tidos em conta dados existentes na bibliografia consultada dos vários instrumentos de avaliação e, no caso de não existirem dados suficientes, a estagiária procurou realizar uma descrição o mais completa possível dos itens. Assim sendo, para os itens do Perfil Psicomotor, é indicado o material necessário, a tarefa e procedimentos na sua aplicação e critérios de cotação do item. Nos itens do Perfil de Comportamentos, apresentam-se observações a ter em conta na avaliação e os critérios a considerar na sua cotação. Salienta-se que se procurou ser o mais objetivo possível, de forma a reduzir a incerteza e a subjetividade no processo de cotação.

Além do referido, considerou-se importante inserir na grelha uma coluna destinada a observações, para registo de informação do desempenho da criança ou de estratégias necessárias para um maior sucesso na tarefa proposta.

Dado que não existia informação disponível para todos os itens quanto à idade esperada para a sua aquisição, optou-se por retirar estes dados da grelha, embora a

---

<sup>3</sup> A descrição de todos os instrumentos consta no Anexo E. O Exame Psicomotor: Crianças a partir dos 6 anos (Leplat, 2005) foi traduzido no âmbito do estágio, encontrando-se disponível no Anexo F.

ordem dos itens se mantenha de acordo com as idades cronológicas esperadas para as aquisições e no final do documento se tenha mantido essa da informação.

A GOPPC foi aplicada no início e no final da intervenção, de acordo com o observado nas sessões destinadas à avaliação. A parte da grelha relativa ao Perfil Comportamental foi ainda preenchida pelas professoras da UEEA para cada criança, para que se pudesse compreender melhor o comportamento das crianças no contexto da unidade, para além do observado na sala de psicomotricidade e, pontualmente, no referido contexto. A informação recolhida complementou os dados observados no decurso das sessões, não sendo o tratamento dos dados apresentado em separado. No Anexo G encontra-se a GOPPC e também a explicação dos procedimentos para a sua aplicação, a descrição dos itens, critérios para a cotação, informação sobre a idade esperada de aquisição de alguns itens e as referências consultadas.

### **Protocolo de Observação para Sessões de Psicomotricidade (POSP)**

O POSP (Fernández, 2008) inclui a avaliação da atitude geral da criança durante o jogo (passiva, incipiente, básica, ativa, de liderança) e observações relacionadas com a capacidade de atender a instruções, decidir como jogar, tomar iniciativas, se manter numa situação lúdica sem se aborrecer ou recorrer à agressividade, ser autónomo, ter segurança em si, jogar com todo o tipo de materiais e em qualquer sítio da sala. Considera também aspetos como a criatividade e imaginação, a capacidade de expressão corporal, a habilidade motora e a qualidade da execução. O protocolo inclui outros aspetos que não foram considerados para registo, por as sessões serem individuais e os referidos itens estarem relacionados com a interação e capacidade de aceitar iniciativas dos outros num grupo com várias crianças. Outro aspeto que não se considerou pertinente considerar no registo das sessões foi a avaliação do desenvolvimento geral da criança a nível motor, intelectual, criativo, afetivo e social, por isso já ser avaliado de forma mais detalhada na GOPPC.

Quanto à cotação, esta verificou-se em 4 níveis: 1 (--), 2 (-), 3 (+); 4 (++). Dado que Fernández (2008) não especifica critérios de cotação, considerou-se que os níveis correspondiam a uma escala de frequência com que o comportamento ocorria ou a capacidade era demonstrada (1- poucas vezes, 2 - algumas vezes, 3 - muitas vezes, 4 - frequentemente), tendo-se também tido em conta a qualidade com que se verificou.

A tradução do POSP, que ocorreu no âmbito do estágio, consta no Anexo H.

#### **5.2.2. Condições de Avaliação**

A avaliação inicial e final foram realizadas em 3 sessões, de 30 minutos. Previamente à realização das sessões de avaliação inicial foram realizadas 5 sessões para que se estabelecesse uma relação entre a psicomotricista e as crianças. Nestas sessões, foi possível estabelecer uma relação empática e de confiança e avaliar informalmente o desempenho a nível psicomotor e comportamental. Apesar de ter sido tomado em consideração o desempenho das crianças nas tarefas propostas ao longo das sessões de intervenção, o registo da avaliação final foi realizado somente com base no desempenho observado nas 3 sessões destinadas à avaliação formal.

As avaliações decorreram no mesmo espaço das sessões de psicomotricidade, sendo as tarefas também apresentadas de forma lúdica e estrutura das sessões semelhante à estrutura definida no início da intervenção. Desta forma, a rotina das sessões permitia às crianças uma maior segurança e estabilidade no seu comportamento e desempenho.

Os dados relativos ao desempenho de cada criança foram registados de imediato após a realização da criança numa tabela realizada especificamente para esse registo ou no final da sessão, no caso de não ser possível esse registo imediato.

O preenchimento do POSP verificou-se após a realização das sessões de psicomotricidade do respetivo dia.

### 5.2.3. Resultados da Avaliação Inicial

Neste ponto serão apresentados os resultados da avaliação inicial, com indicação das áreas fracas, intermédias e fortes de cada criança. Os Gráficos 1 a 6 resumem o perfil psicomotor e comportamental, apresentando para cada domínio ou subdomínio o somatório dos itens cotados como “Sucesso”, “Emergente” ou “Falha”.

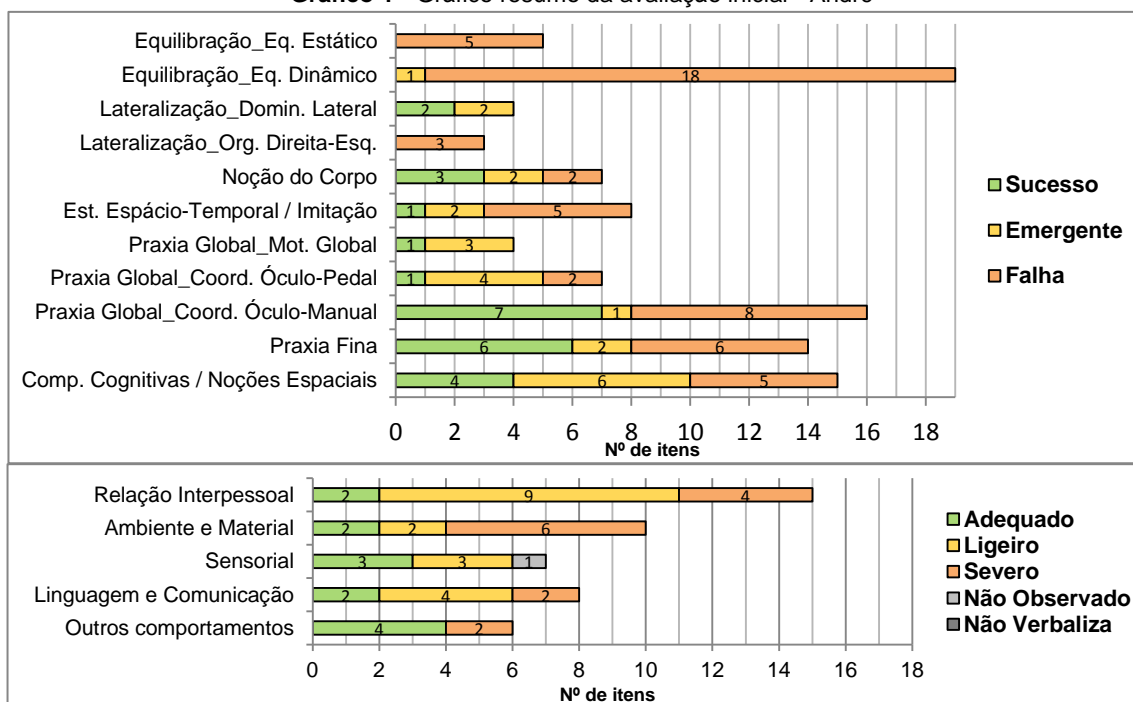
#### André

A nível psicomotor, no que se refere às áreas mais fracas do André, constatou-se que a criança tentou permanecer de olhos abertos em equilíbrio estático na ponta dos pés e em apoio unipedal, mas voltou de imediato à posição inicial. Quanto à Organização Direita-Esquerda, não conseguiu reconhecer a direita e esquerda em si próprio. No que respeita à Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, imitou ações do quotidiano, mas teve dificuldade na imitação de gestos simples e no item relativo à noção de tempos socializados. Todos os outros itens foram cotados como “Falha”.

Todos os outros domínios e subdomínios se consideraram áreas mais fortes, devido ao grande equilíbrio nos itens considerados como “Sucesso”, “Emergente” e “Falha”. No que respeita à Dominância Lateral, o André revelou preferência ocular e pedal esquerda, e uma lateralização auditiva e manual direita (maioritariamente). No domínio da Noção do Corpo, conseguiu apontar e nomear partes do seu corpo e identificar partes do corpo de um boneco, mas teve dificuldades nos restantes itens. Quanto à Praxia Global, a criança revelou um grande interesse pelas atividades que envolviam a utilização da bola, mas ainda teve alguma dificuldade em conduzir a bola e contornar pinos, bem como em apanhar e encestar a bola a maiores distâncias e em lançar apenas com uma mão e por baixo. Relativamente à Praxia Fina, o André não conseguiu enroscar uma tampa, enfiar seis contas com modelo, desabotoar e abotoar botões, traçar um labirinto com o lápis e traçar uma linha sobre um pontilhado, mas na grande maioria dos outros itens deste domínio obteve “Sucesso”. Nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais, mostrou distinguir os conceitos de grande e pequeno e ser capaz de associar, identificar e nomear cores, contudo em todos os outros itens obteve a cotação de “Emergente” ou “Falha”.

Ao nível dos comportamentos, nos vários parâmetros existiu um grande equilíbrio entre os itens considerados como “Adequado”, “Ligeiro” e “Severo”, não existindo assim nenhuma área a destacar positiva ou negativamente.

**Gráfico 1 - Gráfico resumo da avaliação inicial - André**



## Gustavo

A nível psicomotor, nas áreas mais fracas reveladas pelo Gustavo (Equilíbrio Estático, Organização Direita-Esquerda, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal e Competências Cognitivas), a cotação “Falha” ocorreu em todos os itens.

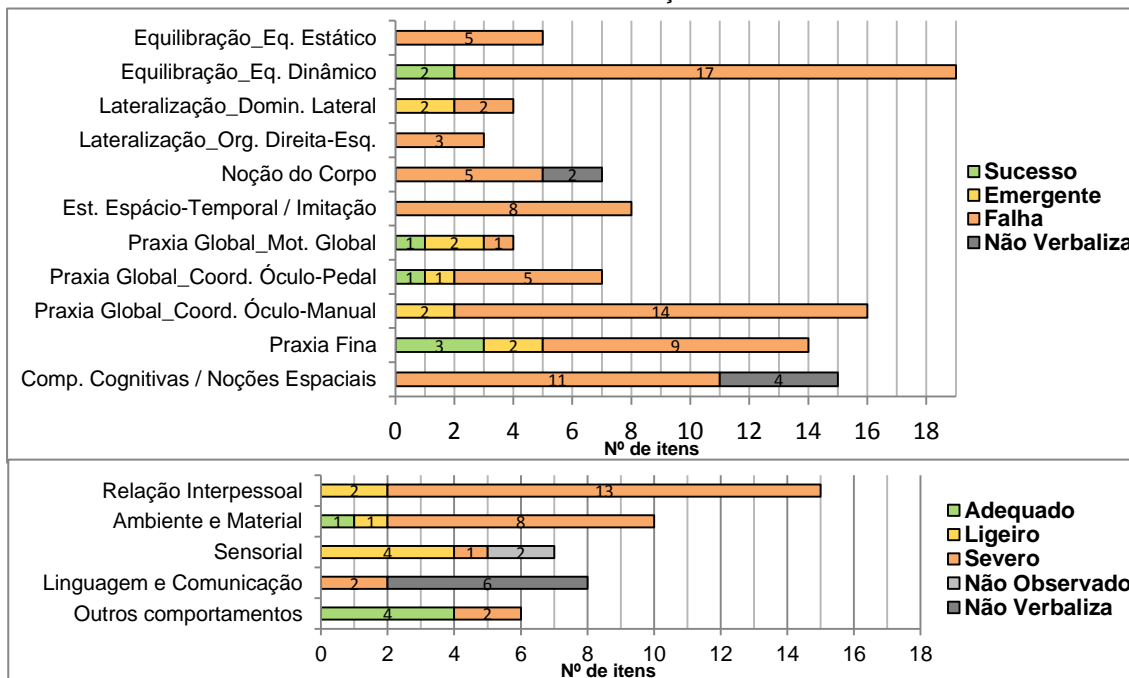
Nas áreas intermédias, destaca-se que no Equilíbrio Dinâmico, o Gustavo mostrou ser capaz de saltar em altura, mas não o fez a pedido, e conseguiu atravessar a trave larga para a frente com facilidade, sendo que para trás e de lado apenas o conseguiu fazer tendo ajuda física constantemente. Quanto à Dominância Lateral, o Gustavo revelou preferência manual e pedal maioritariamente direitas, mas não mostrou ter qualquer preferência ocular ou auditiva, tendo dois itens deste subdomínio sido cotados como “Emergente” e outros dois como “Falha”. No que concerne à Praxia Global, na Coordenação Óculo-Manual, a criança mostrou conseguir, embora ainda com algumas dificuldades, lançar uma bola indiscriminadamente e apanhá-la à distância de 1m. Além disso, na Coordenação Óculo-Pedal, subiu sem ajuda as escadas com os pés alternados e desceu-as sozinho, mas já sem alternar os pés.

Na área considerada forte, ou seja, na Praxia Fina, a criança conseguiu encaixar peças com tamanhos e formas diferentes, enfiar contas num fio (sem modelo) e utilizar a preensão fina. Além disso, obteve a cotação de “Emergente” nos itens relativos a empilhar pequenos objetos e fazer uma bola com o papel.

Por fim, ao nível dos comportamentos as maiores limitações encontraram-se nas relações interpessoais, interação com o ambiente e materiais e linguagem e comunicação. Nas outras áreas alguns itens também foram cotados como “Severo”.

De referir-se que, apesar do Gustavo ter mostrado grandes limitações na sua avaliação, esta pode ter ficado comprometida devido a dificuldades de compreensão do que lhe era solicitado ou ao seu comportamento considerado em diversas áreas como “Severo”, na avaliação realizada.

**Gráfico 2 - Gráfico resumo da avaliação inicial - Gustavo**



## Mário

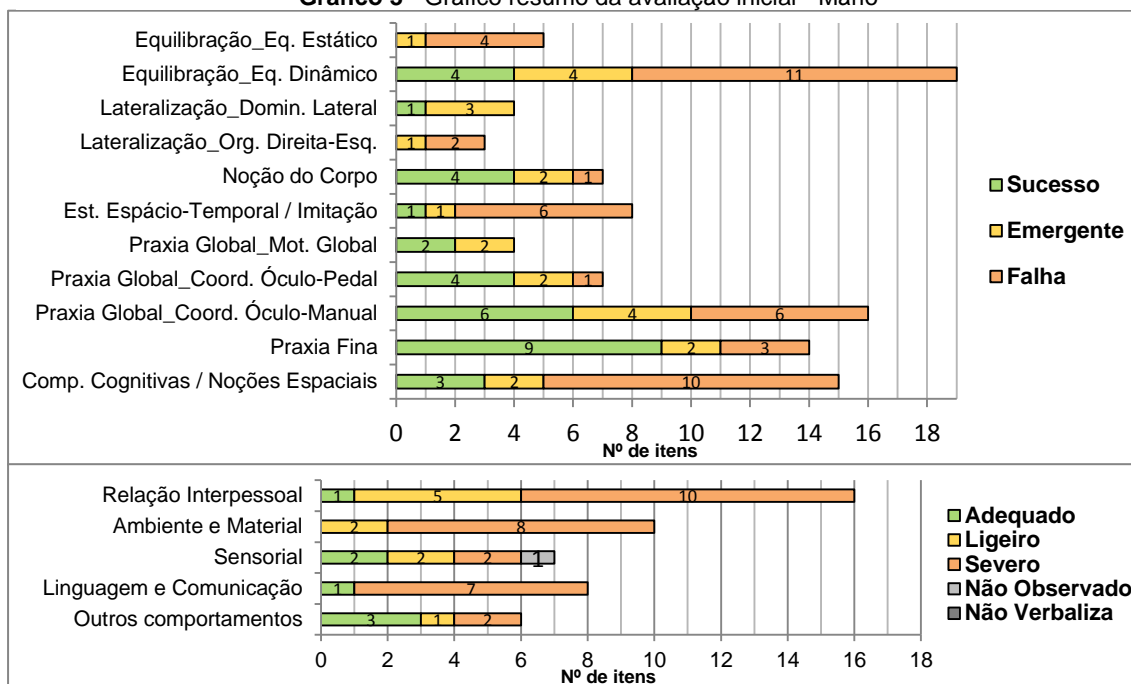
A nível psicomotor, no que respeita às áreas mais fracas, o Mário tentou permanecer em equilíbrio estático nas várias posições e conseguiu permanecer alguns segundos em apoio retilíneo, mas em menos de 10 segundos, não tendo assim obtido “Sucesso” nesse item. Quanto ao Equilíbrio Dinâmico, a criança foi capaz de

atravessar facilmente a trave larga para a frente e de lado e de andar sobre uma linha para a frente, mas não conseguiu saltar a pés juntos para baixo, sobre barreiras, para trás e de lado, bem como saltar em apoio unipedal para trás, não tendo ainda muita facilidade em fazê-lo para a frente. No que concerne à Organização Direita-Esquerda, o Mário ainda manifestou alguns erros no reconhecimento da direita e esquerda em si, tendo falhado nos outros itens deste subdomínio. Na Estruturação Espaço-Temporal, apenas obteve “Sucesso” na imitação de gestos do quotidiano e “Emergente” na imitação de gestos simples, tendo todos os outros itens sido cotados como “Falha”. Nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais conseguiu associar, identificar e nomear cores, mas revelou grandes dificuldades ao nível das noções espaciais.

Quanto às áreas intermédias, na Lateralização o Mário revelou uma Dominância Lateral “Emergente” em todos os itens, exceto na lateralização manual, em que obteve “Sucesso” (preferência apenas direita). Na Noção do Corpo as maiores dificuldades prenderam-se com referir partes do seu corpo e identificar partes do corpo do outro. Ao nível da Praxia Global, obteve bons resultados, mas ainda revelou dificuldades em conduzir a bola e chutá-la para um alvo, lançar a bola com uma mão, encestar a bola a uma distância superior a 1m e driblar a bola enquanto anda. Como área forte destacou-se a Praxia Fina, dado que a criança obteve sucesso na grande maioria dos itens deste domínio.

Ao nível dos comportamentos, a maioria dos itens foram cotados como “Severo”, sendo que a interação com o ambiente e materiais, bem como a linguagem e comunicação foram áreas em que apenas um ou dois dos itens foram considerados “Ligeiro” ou “Adequado”, sendo áreas em que a criança revela muitas limitações. As relações interpessoais também se revelam comprometidas nesta criança.

**Gráfico 3 - Gráfico resumo da avaliação inicial - Mário**



## Rui

A nível psicomotor, no que concerne às áreas mais fracas reveladas, o Rui tentou permanecer em equilíbrio estático nas várias posições, mas apenas conseguiu permanecer alguns segundos de olhos abertos em apoio unipedal. No Equilíbrio Dinâmico, mostrou ser capaz de saltar a pés juntos e atravessar sem dificuldade a trave larga para a frente e de lado, mas ainda revelou dificuldades em saltar para baixo, saltar para a frente várias vezes seguidas e andar sobre uma linha, não sendo ainda capaz de saltar apenas com um pé. No que respeita à lateralização o Rui

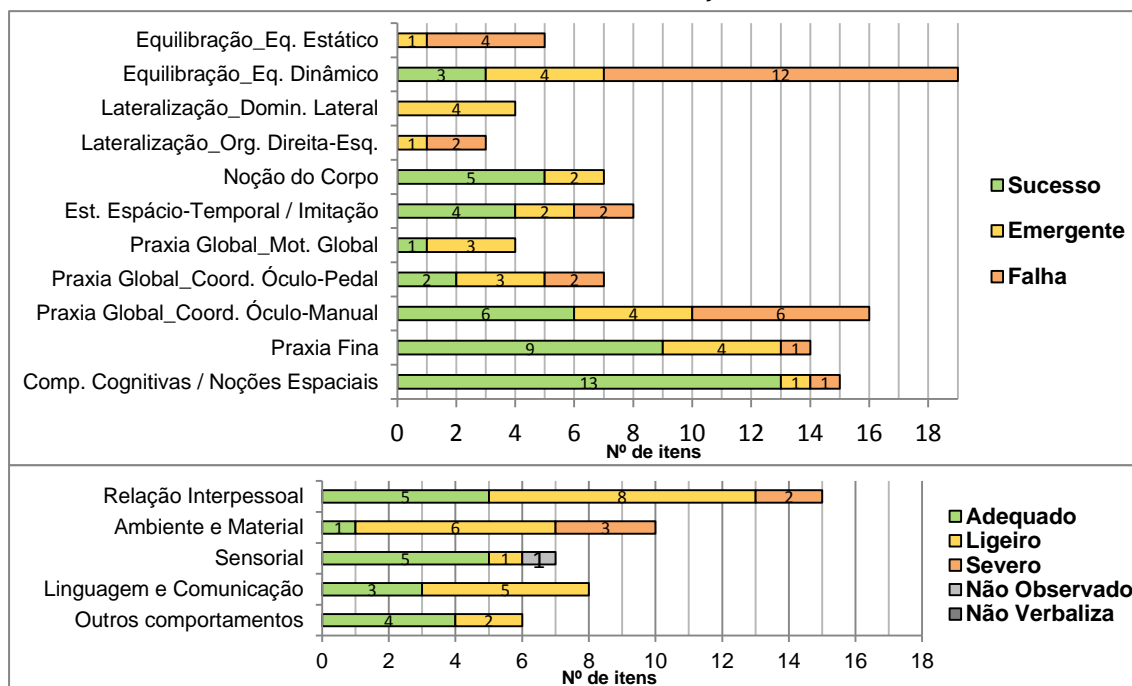
manifestou alguns erros no reconhecimento da direita e esquerda em si próprio, tendo falhado nos restantes itens deste subdomínio.

Nas áreas intermédias, na Lateralização (Dominância Lateral) a criança revelou uma dominância lateral no nível “Emergente” em todos os itens. Na Estruturação Espaço-Temporal/Imitação mostrou ser capaz de imitar ações do quotidiano e gestos simples e apresentou uma ótima representação topográfica da sala, mas revelou dificuldades, entre outros aspetos, na imitação de gestos complexos e ao nível da reprodução de sequências rítmicas. No que respeita à Praxia Global, a criança foi capaz de apanhar e lançar a bola com duas mãos com facilidade, mas revelou um grande medo de falhar no que diz respeito a encestar a bola ou chutá-la para um alvo, insistindo muitas vezes em fazê-lo mais de perto. O Rui não foi capaz de contornar pinos nem de driblar a bola.

Como áreas fortes destacou-se a Noção do Corpo, a Praxia Fina e as Competências Cognitivas/Noções Espaciais, dado que a criança obteve “Sucesso” na grande maioria dos itens destes domínios.

Por fim, ao nível dos comportamentos a maioria dos itens foi assinalado como “Ligeiro”, tendo sido poucos os itens considerados no nível “Severo”, algo que se verificou essencialmente ao nível das reações ao ambiente e material.

**Gráfico 4 - Gráfico resumo da avaliação inicial - Rui**



## Sara

A nível psicomotor, nas áreas mais fracas reveladas pela Sara (Equilíbrio Estático, Organização Direita-Esquerda, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal e Competências Cognitivas), a cotação “Falha” ocorreu em todos os itens.

Nas áreas intermédias, destaca-se que no Equilíbrio Dinâmico a Sara conseguiu atravessar com facilidade a trave larga para a frente, mas necessitou constantemente de ajuda física para o fazer para trás e de lado. Quanto à Dominância Lateral, a criança revelou preferência manual e pedal maioritariamente direitas, mas não revelou ter qualquer preferência ocular ou auditiva, tendo, deste modo, dois itens deste subdomínio sido cotados como “Emergente” e outros dois como “Falha”. No que concerne à Coordenação Óculo-Manual, a Sara mostrou conseguir, embora ainda com algumas dificuldades, lançar uma bola indiscriminadamente.

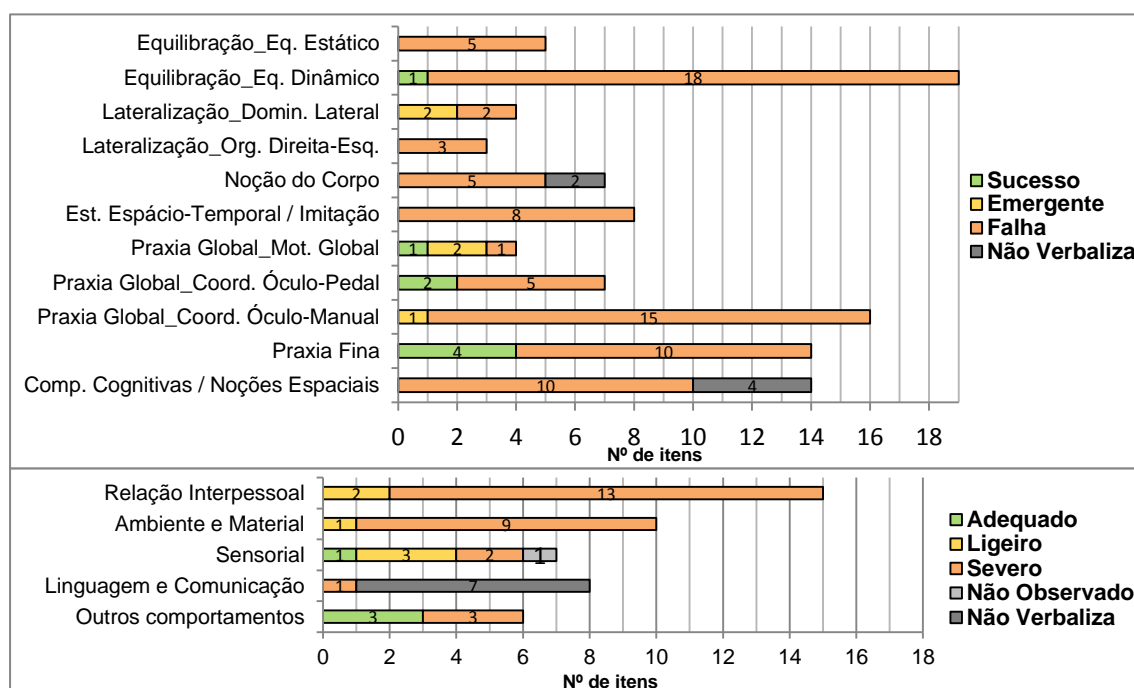
Como áreas fortes destacam-se a Praxia Global (Motricidade Global, Coordenação Óculo-Pedal) e a Praxia Fina. Quanto à Motricidade Global, a Sara foi

capaz de gatinhar, mas mostrou conseguir andar e correr num nível “Emergente”. Na Coordenação Óculo-Pedal, foi capaz de subir e descer as escadas com os pés alternados, sem ajuda. Na Praxia Fina, obteve “Sucesso” em diversos itens, os quais foram encaixar peças com tamanhos e formas diferentes, empilhar pequenos objetos, enfiar contas num fio (sem modelo) e utilizar a preensão fina.

Nos comportamentos as maiores limitações dizem respeito às relações interpessoais, interação com o ambiente e materiais, e linguagem e comunicação, mas nas outras áreas alguns itens também foram cotados como “Severo”.

De referir-se que, apesar da Sara ter mostrado grandes limitações na sua avaliação, esta pode ter ficado comprometida devido a dificuldades de compreensão do que lhe era solicitado ou ao seu comportamento considerado em diversas áreas como “Severo”, na avaliação realizada.

**Gráfico 5 - Gráfico resumo da avaliação inicial - Sara**



## Vítor

A nível psicomotor, no que concerne às áreas mais fracas reveladas, o Vítor tentou permanecer em equilíbrio estático nas várias posições, mas apenas conseguiu permanecer breves segundos de olhos abertos em apoio unipedal. Quanto à Organização Direita/Esquerda, não reconheceu a direita e a esquerda em si próprio.

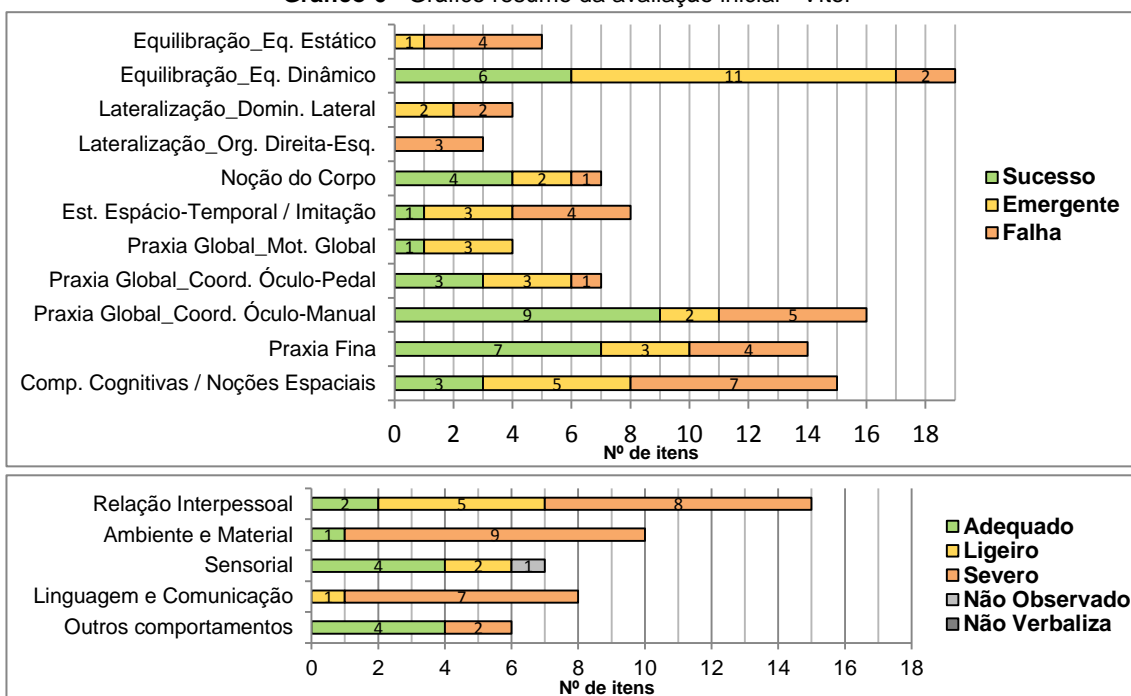
Quanto às áreas intermédias, no Equilíbrio Dinâmico, o Vítor conseguiu saltar a pés juntos em altura e para a frente, saltar barreiras até 30 cm e atravessar a trave para a frente, mas não foi capaz de andar sobre uma linha para trás e realizar uma marcha controlada, tendo os outros itens sido cotados como “emergentes”. Na Dominância Lateral, o Vítor revelou uma preferência ocular maioritariamente esquerda e manual maioritariamente direita, mas não manifestou preferência auditiva nem pedal. Na Estruturação Espaço-Temporal, foi capaz de imitar situações do quotidiano e realizou com limitações a imitação de gestos simples e complexos e o item relativo à noção de tempos socializados, tendo falhado nos outros itens deste domínio. Na Coordenação Óculo-Pedal, as maiores dificuldades prenderam-se com chutar a bola diretamente para um alvo, conduzir a bola e contornar pinos. Por fim, nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais, a criança conseguiu distinguir os conceitos de grande e pequeno, bem como associar e identificar cores, mas todos os outros itens foram cotados como “Emergente” ou “Falha”.



Quanto às áreas consideradas como fortes, na Noção do Corpo, o Vítor não foi capaz de identificar partes do corpo do outro, mas na maioria dos itens obteve “Sucesso”. Na Coordenação Óculo-Manual, teve dificuldades em lançar a bola por baixo, encostar a bola e driblar a bola em andamento, mas obteve “Sucesso” em todos os outros itens. Por fim, ao nível da Praxia Fina, o Vítor mostrou ser capaz de realizar a maioria dos itens, apenas falhando no que respeita a enfiar contas com modelo, desabotoar e abotoar botões e traçar um labirinto com um lápis.

Por fim, ao nível dos comportamentos, a interação com o ambiente e materiais, bem como a linguagem e comunicação foram áreas em que apenas um dos itens não foi considerado “Severo”, sendo, então, áreas em que a criança revela muitas limitações. As relações interpessoais também se revelam comprometidas nesta criança.

**Gráfico 6 - Gráfico resumo da avaliação inicial - Vítor**



### 5.2.3.1. Planos de Intervenção

A avaliação inicial deu origem à criação de Planos de Intervenção individuais, que se encontram no Anexo I deste relatório. Os planos e as grelhas de avaliação foram entregues às professoras de educação especial da UEEA, tendo-se procurado que fossem claros e o mais completos possível, para compreensão de quem os consultasse e porque toda a intervenção seguinte se baseia nos referidos planos.

Cada plano esclarece a avaliação realizada, contém um gráfico resumo e a descrição dos resultados da avaliação, já apresentados anteriormente. Inclui também os objetivos de intervenção relativamente aos domínios psicomotores e ao comportamento, que são de seguida indicados, bem como um cronograma com as várias etapas de intervenção com a criança, avaliação e elaboração de planos e relatórios, o qual foi apresentado no ponto 5.1 deste capítulo. Por fim, cada plano inclui uma tabela relativa a estratégias de intervenção, as quais devem ser tidas em conta na intervenção psicomotora, para que a criança esteja motivada para as aquisições necessárias a um bom desenvolvimento, comportamento e aprendizagem e, assim, os objetivos estabelecidos sejam alcançados. Isto tendo-se em conta que ao longo das sessões se deve verificar uma redução progressiva das ajudas e das pistas fornecidas, para que a criança desenvolva a autonomia na execução das atividades.

Nas Tabelas 10 a 15 são apresentados os objetivos de intervenção estabelecidos para cada criança, sendo que para todas as crianças, ao nível da



tonicidade, o objetivo consiste em apresentar um nível eutónico (grau de contração muscular com adequados níveis de extensibilidade, passividade e paratonia). Na Tabela 16 encontra-se um resumo das estratégias de intervenção que se sugerem, existindo indicação das crianças a que se destinam. As estratégias tiveram como base os artigos de Llinares & Rodríguez (2003a) e Perrin & Laranjeira-Heslot (2009), relativos à intervenção psicomotora em pessoas com PEA, bem como a experiência que se adquiriu pela observação e contacto com cada criança aqui apresentada.

**Tabela 10 - Objetivos de Intervenção - André**

<b>OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL PSICOMOTOR</b>		
<b>EQUILIBRAÇÃO</b>	<b>Equilíbrio Estático</b>	Ser capaz de permanecer em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal durante um maior período de tempo.
	<b>Equilíbrio Dinâmico</b>	Saltar a pés juntos em altura, para baixo e para a frente; saltar com um pé no local; andar sobre a trave larga para a frente, para trás e de lado; andar sobre uma linha para a frente e para trás; andar em marcha controlada.
<b>LATERALIZAÇÃO</b>		Reconhecer a direita e esquerda em si próprio.
<b>NOÇÃO DO CORPO</b>		Referir partes do seu corpo; identificar partes do corpo do outro; juntar peças com partes do corpo para formar um boneco; fazer o desenho do corpo de forma mais completa e proporcional.
<b>ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO</b>		Ter a noção de tempos socializados (manhã e tarde); imitar gestos simples e complexos em espelho; lançar uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que a bola deve bater no chão; memorizar e reproduzir diferentes sequências rítmicas; adaptar o movimento a um ritmo rápido e lento, bem como à ausência de ritmo; fazer a representação topográfica da sala.
<b>PRAXIA GLOBAL</b>	<b>Motricidade Global</b>	Melhorar a coordenação em movimentos locomotores fundamentais (andar, correr, rastejar).
	<b>Coordenação Óculo-Pedal</b>	Chutar a bola diretamente para um alvo; conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida; subir e descer escadas com pés alternados; contornar pinos.
	<b>Coordenação Óculo-Manual</b>	Apanhar uma bola a 3 m de distância, lançar uma bola com duas mãos, por baixo e com uma mão, por cima e por baixo; encestar uma bola de ténis a uma distância superior a 0,5 m.
<b>PRAXIA FINA</b>		Enroscar a tampa de uma garrafa; enfiar 6 contas num fio de acordo com um modelo; abotoar e desabotoar; fazer um nó; traçar um labirinto com lápis; traçar uma linha sobre o pontilhado de uma linha ondulada; tocar com o polegar na ponta dos dedos.
<b>COMPETÊNCIAS COGNITIVAS / NOÇÕES ESPACIAIS</b>		Adquirir as noções de cima/baixo, frente/atrás, dentro/fora, alto/baixo, longo/curto e longe/perto; identificar formas geométricas (quadrado e triângulo); repetir frases curtas; reconhecer expressões faciais, sentimentos e emoções.
<b>OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL COMPORTAMENTAL</b>		
<b>Relações interpessoais</b>		Reagir ao contacto físico mostrando prazer na interação; iniciar interação, verbal ou não-verbal; reagir à voz do adulto, mostrando que entendeu a instrução; manter um contacto visual sem evitamento excessivo; seguir as instruções e tentar cooperar, exceto se não é capaz ou não compreende o pedido; tolerar a mudança de atividade, sem se sentir especialmente contrariado; parar o que está a fazer em resposta ao "não"; cumprimentar e despedir-se do adulto de forma espontânea.
<b>Interação com o ambiente e materiais</b>		Explorar o ambiente e o material da sala de forma adequada; organizar-se durante as atividades, mesmo que seja necessário ser guiado e ajudado; estar atento durante um maior período de tempo; mostrar alguma motivação por recompensas concretas e intrínsecas
<b>Reações a nível sensorial</b>		Reagir aos sons de uma forma mais adequada; não provar ou levar à boca material de forma inadequada.
<b>Linguagem e comunicação</b>		Comunicar as suas necessidades, verbalmente ou com gestos claros; diminuir a utilização de palavras e frases confusas ou inteligíveis; utilizar a linguagem de uma forma mais espontânea e variada.
<b>Outros comportamentos</b>		Diminuir comportamentos considerados estranhos para a sua idade e situações.

**Tabela 11 - Objetivos de Intervenção - Gustavo**

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL PSICOMOTOR		
EQUILIBRAÇÃO	Equilíbrio Estático	Ser capaz de permanecer em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal.
	Equilíbrio Dinâmico	Saltar a pés juntos para baixo e para a frente; andar sobre a trave larga para trás e de lado; andar sobre uma linha para a frente.
NOÇÃO DO CORPO		Apontar partes do seu corpo; identificar partes do corpo de um boneco; identificar partes do corpo do outro; juntar peças com partes do corpo para formar um boneco.
ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO		Imitar gestos simples.
PRAXIA GLOBAL	Motricidade Global	Melhorar a coordenação em movimentos locomotores fundamentais (andar, correr, rastejar)
	Coordenação Óculo-Pedal	Chutar a bola indiscriminadamente; chutar a bola diretamente para um alvo; conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida; descer escadas com pés alternados; contornar pinos.
	Coordenação Óculo-Manual	Lançar uma bola indiscriminadamente; lançar uma bola para um alvo com uma e duas mãos, por cima e por baixo; apanhar uma bola; encestar uma bola de ténis a uma distância superior a 0,5 m.
PRAXIA FINA		Empilhar pequenos objetos; enroscar e desenroscar; enfiar 6 contas num fio de acordo com um modelo; fazer uma bola com o papel; tocar com o polegar na ponta dos dedos.
COMPETÊNCIAS COGNITIVAS/ NOÇÕES ESPACIAIS		Adquirir as noções de cima/baixo, dentro/fora, grande/pequeno; associar objetos da mesma cor; identificar cores.
OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL COMPORTAMENTAL		
Relações interpessoais		Mostrar ter consciência da presença do outro; revelar interesse por objetos, sem ser apenas de uma forma estereotipada; reagir à voz do adulto, dando atenção pelo menos em determinados momentos; manter um contacto visual sem evitamento excessivo; seguir as instruções, sem se opor demasiado; tolerar a mudança de atividade, sem se sentir especialmente contrariado.
Interação com o ambiente e materiais		Explorar o ambiente e os materiais da sala, interessando-se por eles de uma forma mais adequada; organizar-se durante as atividades, mesmo que seja necessário ser guiado e ajudado; estar atento durante um maior período de tempo.
Reações a nível sensorial		Não provar ou levar à boca material de forma inadequada; apresentar sensibilidade visual e auditiva sem ignorar excessivamente; apresentar interesse menos excessivo por texturas, conseguindo parar o comportamento.
Linguagem e comunicação		Comunicar necessidades, sendo encorajado para que tal aconteça.
Outros comportamentos		Diminuir comportamentos considerados estranhos para a sua idade e situações.

**Tabela 12 - Objetivos de Intervenção - Mário**

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL PSICOMOTOR		
EQUILIBRAÇÃO	Equilíbrio Estático	Ser capaz de permanecer em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal durante um maior período de tempo.
	Equilíbrio Dinâmico	Saltar a pés juntos para baixo, sobre barreiras com 20 cm, para a frente, lado e trás; saltar em apoio unipedal permanecendo no mesmo local, em deslocamento para a frente e em deslocamento para trás; andar sobre a trave larga para trás; andar sobre uma linha para trás; andar em marcha controlada.
LATERALIZAÇÃO		Reconhecer a direita e esquerda em si próprio e entre objetos.
NOÇÃO DO CORPO		Referir partes do seu corpo; identificar partes do corpo do outro; fazer o desenho do corpo, de forma mais proporcional e completa.
ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO		Ter a noção de tempos socializados (manhã, tarde e noite); imitar gestos simples e complexos; lançar uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que a bola deve bater no chão; memorizar e reproduzir diferentes sequências rítmicas; adaptar o movimento a um ritmo rápido e lento, bem como à ausência de ritmo; realizar a representação topográfica da sala.
PRAXIA GLOBAL	Motricidade Global	Melhorar a coordenação em movimentos locomotores fundamentais (andar, correr)
	Coordenação Óculo-Pedal	Chutar a bola diretamente para um alvo; conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida; contornar pinos com a bola e o pé.

	<b>Coordenação Óculo-Manual</b>	Apanhar uma bola a uma distância de 3 m; lançar uma bola com duas mãos, por baixo, e com uma mão, por cima e por baixo; encestar uma bola de ténis a uma distância superior a 0,5 m; driblar a bola em andamento e contornando pinos.
	<b>PRAXIA FINA</b>	Enfiar 6 contas num fio de acordo com um modelo; abotoar e desabotoar; fazer um nó; tocar com o polegar na ponta dos dedos.
	<b>COMPETÊNCIAS COGNITIVAS / NOÇÕES ESPACIAIS</b>	Adquirir as noções de cima/baixo, frente/atrás, dentro/fora, grande/pequeno, alto/baixo; identificar formas geométricas (círculo, quadrado e triângulo); repetir frases curtas; reconhecer expressões faciais, sentimentos e emoções.
<b>OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL COMPORTAMENTAL</b>		
<b>Relações interpessoais</b>		Mostrar ter consciência da presença do adulto; reagir ao contacto físico mostrando prazer na interação; reagir à voz do adulto, dando atenção pelo menos em determinados momentos; manter um contacto visual sem evitamento excessivo; seguir as instruções e tentar cooperar, exceto se não é capaz ou não compreende o pedido; tolerar a mudança de atividade, sem se sentir especialmente contrariado.
<b>Interação com o ambiente e materiais</b>		Explorar o ambiente e os materiais da sala de forma mais adequada; organizar-se durante as atividades, mesmo sendo guiado e ajudado; estar atento durante um maior período de tempo; mostrar alguma motivação por recompensas concretas.
<b>Reações a nível sensorial</b>		Apresentar sensibilidade auditiva sem ignorar excessivamente; apresentar um interesse pelas texturas em registo normal.
<b>Linguagem e comunicação</b>		Comunicar as suas necessidades, sendo encorajado para que tal aconteça; diminuir a linguagem ininteligível ou de difícil compreensão.
<b>Outros comportamentos</b>		Fazer birras/comportamentos disruptivos durante um menor período de tempo; diminuir comportamentos considerados estranhos para a sua idade e situações.

**Tabela 13 - Objetivos de Intervenção - Sara**

<b>OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL PSICOMOTOR</b>		
<b>EQUILIBRAÇÃO</b>	<b>Equilíbrio Estático</b>	Ser capaz de permanecer em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal.
	<b>Equilíbrio Dinâmico</b>	Saltar a pés juntos em altura, para baixo e para a frente; andar sobre a trave larga para trás e de lado; andar sobre uma linha para a frente.
	<b>NOÇÃO DO CORPO</b>	Apontar partes do seu corpo; identificar partes do corpo de um boneco; identificar partes do corpo do outro; juntar peças com partes do corpo para formar um boneco.
	<b>ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO</b>	Imitar gestos simples.
<b>PRAXIA GLOBAL</b>	<b>Motricidade Global</b>	Melhorar a coordenação em movimentos locomotores fundamentais (andar, correr, rastejar)
	<b>Coordenação Óculo-Pedal</b>	Chutar a bola indiscriminadamente; chutar a bola diretamente para um alvo; conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida; contornar pinos.
	<b>Coordenação Óculo-Manual</b>	Lançar uma bola indiscriminadamente; lançar uma bola para um alvo com uma e duas mãos, por cima e por baixo; apanhar uma bola; encestar uma bola de ténis a uma distância superior a 0,5 m.
	<b>PRAXIA FINA</b>	Enroscar e desenroscar; enfiar 6 contas num fio de acordo com um modelo; abotoar e desabotoar; fazer um nó; fazer uma bola com o papel; tocar com o polegar na ponta dos dedos.
	<b>COMPETÊNCIAS COGNITIVAS/ NOÇÕES ESPACIAIS</b>	Adquirir as noções de: cima/baixo; dentro/fora; grande/pequeno; associar objetos da mesma cor; identificar cores.
<b>OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL COMPORTAMENTAL</b>		
<b>Relações interpessoais</b>		Mostrar ter consciência da presença do outro; revelar interesse por objetos, sem ser apenas de uma forma estereotipada; reagir ao contacto físico de forma mais adequada; reagir à voz do adulto, dando atenção em determinados momentos; manter um contacto visual sem evitamento excessivo; seguir as instruções e tolerar a mudança de atividade, sem se opor demasiado.
<b>Interação com o ambiente e materiais</b>		Explorar o ambiente e os materiais da sala, interessando-se por eles de forma mais adequada; organizar-se durante as atividades, mesmo que seja necessário ser guiada e ajudada; estar atenta durante um maior período de tempo.
<b>Reações a nível sensorial</b>		Apresentar sensibilidade visual e auditiva sem ignorar excessivamente; apresentar interesse menos excessivo por texturas, conseguindo parar o comportamento.
<b>Linguagem e comunicação</b>		Comunicar necessidades, após encorajada para tal.
<b>Outros comportamentos</b>		Fazer birras/comportamentos disruptivos em situações de frustração ou desespero e não em qualquer situação; diminuir comportamentos estranhos para a sua idade e situações.

**Tabela 14 – Objetivos de intervenção - Rui**

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL PSICOMOTOR		
EQUILIBRAÇÃO	Equilíbrio Estático	Ser capaz de permanecer em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal durante um maior período de tempo.
	Equilíbrio Dinâmico	Saltar a pés juntos para baixo, para a frente, sobre barreiras com 20 cm, para trás e para o lado; saltar com um pé no local; andar para trás sobre trave larga; andar sobre uma linha para a frente e para trás; andar em marcha controlada.
LATERALIZAÇÃO		Reconhecer a direita e esquerda em si próprio, entre objetos e nos outros.
NOÇÃO DO CORPO		Juntar peças com partes do corpo para formar um boneco; fazer o desenho do corpo de forma mais completa e proporcional.
ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO		Imitar gestos complexos; lançar uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que a bola deve bater no chão; memorizar e reproduzir diferentes sequências rítmicas; adaptar o movimento a um ritmo rápido e lento, bem como à ausência de ritmo.
PRAXIA GLOBAL	Motricidade Global	Melhorar a coordenação em movimentos locomotores fundamentais (andar, correr, rastejar).
	Coordenação Óculo-Pedal	Chutar a bola diretamente para um alvo; conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida; descer escadas com pés alternados; contornar pinos.
	Coordenação Óculo-Manual	Lançar uma bola a um alvo: com duas mãos, por baixo; com uma mão, por cima e por baixo; encestar uma bola de ténis a uma distância superior a 0,5 m; driblar a bola, parado e em andamento.
PRAXIA FINA		Enfiar 6 contas num fio de acordo com um modelo; abotoar e desabotoar; fazer um nó; tocar com o polegar na ponta dos dedos (tamborilar).
COMPETÊNCIAS COGNITIVAS / NOÇÕES ESPACIAIS		Adquirir as noções de frente/atrás e de dentro/fora.
OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL COMPORTAMENTAL		
Relações interpessoais	Seguir as instruções e tentar cooperar, exceto se não é capaz ou não compreende o pedido; tolerar a mudança de atividade, sem se sentir especialmente contrariado; parar o que está a fazer em resposta ao “não”; cumprimentar e despedir-se do adulto de forma espontânea; manifestar uma maior motivação pelos elogios do adulto.	
Interação com o ambiente e materiais	Explorar o ambiente e o material da sala de forma adequada; organizar-se durante as atividades, sem ser constantemente guiado ou ajudado; estar atento durante um maior período de tempo; manifestar uma maior motivação pelo seu próprio sucesso.	
Linguagem e comunicação	Pronunciar de forma mais correta as palavras, sem confusão de sons; utilizar a linguagem de uma forma mais espontânea e variada.	
Outros comportamentos	Diminuir comportamentos considerados estranhos para a sua idade e situações.	

**Tabela 15 - Objetivos de Intervenção - Vítor**

OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL PSICOMOTOR		
EQUILIBRAÇÃO	Equilíbrio Estático	Ser capaz de permanecer em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal durante um maior período de tempo.
	Equilíbrio Dinâmico	Saltar a pés juntos para baixo, sobre barreiras com 40 cm de altura, para trás e de lado; saltar em apoio unipedal para a frente e para trás; andar sobre a trave larga para trás e de lado; andar sobre uma linha para a frente e para trás; andar em marcha controlada.
LATERALIZAÇÃO		Reconhecer a direita e esquerda em si próprio.
NOÇÃO DO CORPO		Referir partes do seu corpo; identificar partes do corpo do outro; fazer o desenho do corpo, de forma mais proporcional e completa.
ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO		Ter a noção de tempos socializados (manhã e tarde); imitar gestos simples e complexos; lançar uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que a bola deve bater no chão; memorizar e reproduzir diferentes sequências rítmicas; adaptar o movimento a um ritmo rápido e lento, bem como à ausência de ritmo; realizar a representação topográfica da sala.
PRAXIA GLOBAL	Motricidade Global	Melhorar a coordenação em movimentos locomotores fundamentais (andar, correr, rastejar).
	Coordenação óculo-pedal	Chutar a bola diretamente para um alvo; conduzir a bola dentro dos limites de uma zona definida; contornar pinos.
	Coordenação óculo-manual	Lançar uma bola por baixo, com uma e duas mãos; encestar uma bola de ténis a uma distância superior a 1 m; driblar a bola em andamento

<b>PRAXIA FINA</b>	Enfiar 6 contas num fio de acordo com um modelo; abotoar e desabotoar; fazer um nó; traçar um labirinto com lápis; traçar uma linha sobre o pontilhado de uma linha ondulada; tocar com o polegar na ponta dos dedos.
<b>COMPETÊNCIAS COGNITIVAS / NOÇÕES ESPACIAIS</b>	Adquirir as noções de cima/baixo, frente/atrás, dentro/fora, alto/baixo; nomear cores; identificar formas geométricas (quadrado e triângulo); repetir frases curtas; reconhecer expressões faciais, sentimentos e emoções.
<b>OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO A NÍVEL COMPORTAMENTAL</b>	
<b>Relações interpessoais</b>	Mostrar ter consciência da presença do outro; reagir ao contacto físico mostrando prazer na interação; reagir à voz do adulto, dando atenção pelo menos em determinados momentos; manter um contacto visual adequado durante a sessão; seguir as instruções e tentar cooperar, exceto se não é capaz ou não compreende o pedido; tolerar a mudança de atividade, sem se sentir especialmente contrariado.
<b>Interação com o ambiente e materiais</b>	Explorar o ambiente e os materiais da sala de forma mais adequada; organizar-se durante as atividades, mesmo sendo guiado e ajudado; estar atento durante um maior período de tempo; mostrar alguma motivação por recompensas concretas.
<b>Reações a nível sensorial</b>	Apresentar sensibilidade visual sem ignorar excessivamente.
<b>Linguagem e comunicação</b>	Comunicar as suas necessidades, sendo encorajado para que tal aconteça; utilizar palavras e frases com significado no contexto, diminuindo as palavras e frases confusas ou inteligíveis; utilizar ecolália diferida e imediata com menos frequência.
<b>Outros comportamentos</b>	Diminuir comportamentos considerados estranhos para a sua idade e situações.

**Tabela 16 - Estratégias de Intervenção**

<b>DOMÍNIOS A TRABALHAR</b>	<b>ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO</b>
<b>Desenvolver a relação criança-psicomotricista</b>	<b>[Todos exceto o Rui]</b> Criar situações que promovam o contacto visual; <b>[Todos exceto o Gustavo e Sara]</b> Desenvolver com a criança jogos de imitação e que exijam jogar à vez; <b>[Gustavo e Sara]</b> Desenvolver com a criança jogos de imitação e em que sejam utilizados mediadores corporais na relação.
<b>Desenvolver a linguagem receptiva</b>	<b>[Todos]</b> Utilizar com a criança uma linguagem simples e clara, evitando frases longas que a possam confundir; <b>[Todos]</b> Utilizar um tom de voz que indique aceitação ou proibição dos comportamentos da criança, ajudando-a a entender os estados de ânimo do adulto; <b>[Todos]</b> Associar gestos às palavras, como apontar ou abanar a cabeça, para que as ordens sejam melhor compreendidas pela criança
<b>Desenvolver a linguagem expressiva</b>	<b>[Todos]</b> Promover situações em que a criança necessite de comunicar com a psicomotricista para desempenhar a tarefa; <b>[Gustavo e Sara]</b> Incentivar a criança a indicar objetos que suscitam o seu interesse ou que utiliza; <b>[Todos exceto o Gustavo e Sara]</b> Incentivar a criança a nomear os objetos que suscitam o seu interesse ou que utiliza; <b>[Todos exceto o Gustavo e Sara]</b> Proporcionar jogos que envolvam a expressão verbal entre a criança e a psicomotricista (e.g., através de canções); <b>[Todos exceto o Gustavo e Sara]</b> Incentivar a expressão verbal acerca das atividades.
<b>Melhorar o tempo de atenção e concentração</b>	<b>[Rui]</b> Recorrer a materiais do interesse da criança, tais como carrinhos de brincar e cartões com palavras ou letras; <b>[André]</b> Recorrer a materiais do interesse da criança, tais como as bolas; <b>[Todos]</b> Realizar nas sessões várias atividades, com um tempo de duração reduzido; <b>[Todos]</b> Realizar atividades que exijam que a criança esteja alerta e atenta aos movimentos do outro, como apanhar uma bola atirada após ser ouvido o seu nome.
<b>Desenvolver comportamentos mais adequados na sessão</b>	<b>[Todos]</b> Organizar o tempo e o espaço da sessão, para que a criança se organize; <b>[Todos]</b> Manter a estrutura da sessão, permitindo uma maior segurança e antecipação dos acontecimentos por parte da criança; <b>[Todos]</b> Introduzir modificações graduais nas situações de jogo, nos rituais e na apresentação dos materiais; <b>[Gustavo e Sara]</b> Introduzir modificações graduais nos rituais e nos materiais; <b>[Todos exceto o Gustavo e Sara]</b> Realizar jogos de regras, para que a criança aprenda a respeitar e interiorizar as regras; <b>[Gustavo e Sara]</b> Realizar atividades com regras simples, para que a criança aprenda a respeitar e interiorizar as regras; <b>[Todos]</b> Criar situações que prevejam um “compasso de espera”, para que a criança aprenda a esperar pela sua vez, inibindo o seu comportamento impulsivo.

<p><b>Melhorar o desempenho nas tarefas (Estratégias globais)</b></p>	<p><b>[Todos]</b> Guiar fisicamente a criança durante a realização de parte da tarefa (ajuda física parcial);</p> <p><b>[Todos]</b> Guiar fisicamente a criança durante toda atividade (ajuda física total);</p> <p><b>[Gustavo e Sara]</b> Ajudar fisicamente a criança para que ela seja contida no espaço da tarefa;</p> <p><b>[Todos]</b> Dar instruções verbais, no início e simultaneamente à atividade, que indiquem explicitamente, ou não, o que a criança deve realizar ou responder (ajuda verbal);</p> <p><b>[Todos]</b> Ajudar a criança a responder corretamente com o auxílio de objetos, desenhos, contornos, fotografias, símbolos, etc.;</p> <p><b>[Todos]</b> Realizar primeiro a tarefa para que a criança imite depois (demonstração);</p> <p><b>[Todos]</b> Realizar a tarefa simultaneamente à criança para que esta a imite ao mesmo tempo (demonstração simultânea);</p> <p><b>[Rui]</b> Usar recompensas concretas, pelas quais a criança revele algum interesse e substituí-las gradualmente por recompensas ou reforços sociais, como elogios verbais e gestos de aprovação;</p> <p><b>[Rui]</b> Retirar as recompensas mediante uma resposta desadequada;</p> <p><b>[Todos]</b> Feedback verbal, para que a criança saiba se está a realizar a tarefa correta ou incorretamente e se poder corrigir.</p>
---	---

Após a avaliação inicial e a realização dos Planos de Intervenção, procedeu-se ao planeamento e dinamização de sessões segundo os objetivos estabelecidos, sendo que os relatórios de sessões podem ser consultados no Anexo J. De seguida, realizou-se a avaliação final, cujos resultados serão apresentados de seguida.

#### **5.2.4. Resultados da Avaliação Final**

Neste ponto, serão esclarecidos os resultados da avaliação final, em comparação com a avaliação inicial, e apresentado para cada caso um gráfico resumo comparativo das referidas avaliações. Os gráficos 7 a 12 mostram o número de itens cotados como “Sucesso”, “Emergente”, “Falha” em cada domínio/subdomínio.

#### **André**

No domínio psicomotor Tonicidade, o André manteve-se no nível hipertónico, dado que revelou pouca extensibilidade dos membros e alguma rigidez muscular. Perante mobilizações e oscilações induzidas, não mostrou ser capaz de relaxar os braços, oferecendo resistência e movendo-os. Nos membros inferiores mostrou rigidez muscular e dificuldade em relaxar voluntariamente, mas não revelou agitação motora.

Ao nível da Equilibração, a criança revelou um grande esforço por ser capaz de permanecer em equilíbrio estático, algo não verificado inicialmente. Apesar das diversas tentativas, acabou sempre por deixar a posição de imediato. No Equilíbrio Estático em apoio retilíneo necessitou de ajuda física para posicionar os pés. No Equilíbrio Dinâmico, ainda não conseguiu saltar a pés juntos para baixo e para a frente, nem saltar em apoio unipedal no local. Contudo, foi capaz de saltar elevando os dois pés ao mesmo tempo do solo, após tentativas e com os pés um pouco afastados. Constataram-se evoluções nos deslocamentos sobre a trave e sobre uma linha para a frente, embora ainda não o faça para trás nem em marcha controlada.

Quanto à Lateralização, o André manteve uma dominância lateral idêntica à observada inicialmente. Na organização direita-esquerda, continuou a não reconhecer em si próprio a direita e a esquerda.

Na Noção do Corpo, a criança construiu um boneco, juntando as partes do seu corpo sem falhas, mas no desenho do corpo manteve a cotação de “Emergente”, pois realizou um desenho pouco organizado em proporções e sem extremidades. O André foi capaz de referir partes do seu corpo e de identificar partes do corpo.

Na Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, manteve a cotação “Emergente” nos itens relativos à noção de tempos socializados e à imitação de gestos simples, e a cotação de “Falha” no que respeita a memorizar e reproduzir diferentes sequências rítmicas e a adaptar o movimento ao ritmo. Contudo, verificaram-se evoluções na imitação de gestos complexos, em que a criança procurou imitar todos eles, embora, na maioria das vezes, tendo em conta apenas os membros superiores. O André passou a ser capaz de lançar a bola cumprindo o número de vezes solicitado e

demonstrado para esta bater no chão, falhando raramente. No item da representação topográfica, colocou adequadamente fotografias de objetos da sala sobre um esquema previamente desenhado da sala numa folha, após ser colocada a primeira imagem.

Na Praxia Global, o André foi capaz de rastejar de forma mais coordenada e com menos esforço, mas manteve o nível “Emergente” quanto a andar e correr coordenadamente. Na Coordenação Óculo-Pedal, melhorou nos itens estabelecidos no Plano de Intervenção exceto em descer as escadas com pés alternados. O André teve sucesso a chutar a bola diretamente para o alvo, conduzir a bola dentro dos limites, contornar pinos e subir as escadas com pés alternados. Também conseguiu contornar pinos com a bola e o pé, mas de forma ainda “Emergente”. Na Coordenação Óculo-Manual, os itens apanhar uma bola a 3m, lançar uma bola para um alvo por baixo, com uma e duas mãos, e driblar a bola contornando pinos, passaram para “Emergente”. A criança obteve “Sucesso” em lançar uma bola com duas mãos para um alvo por baixo e encestou mais vezes a bola de ténis à distância de 1m e 1,5m.

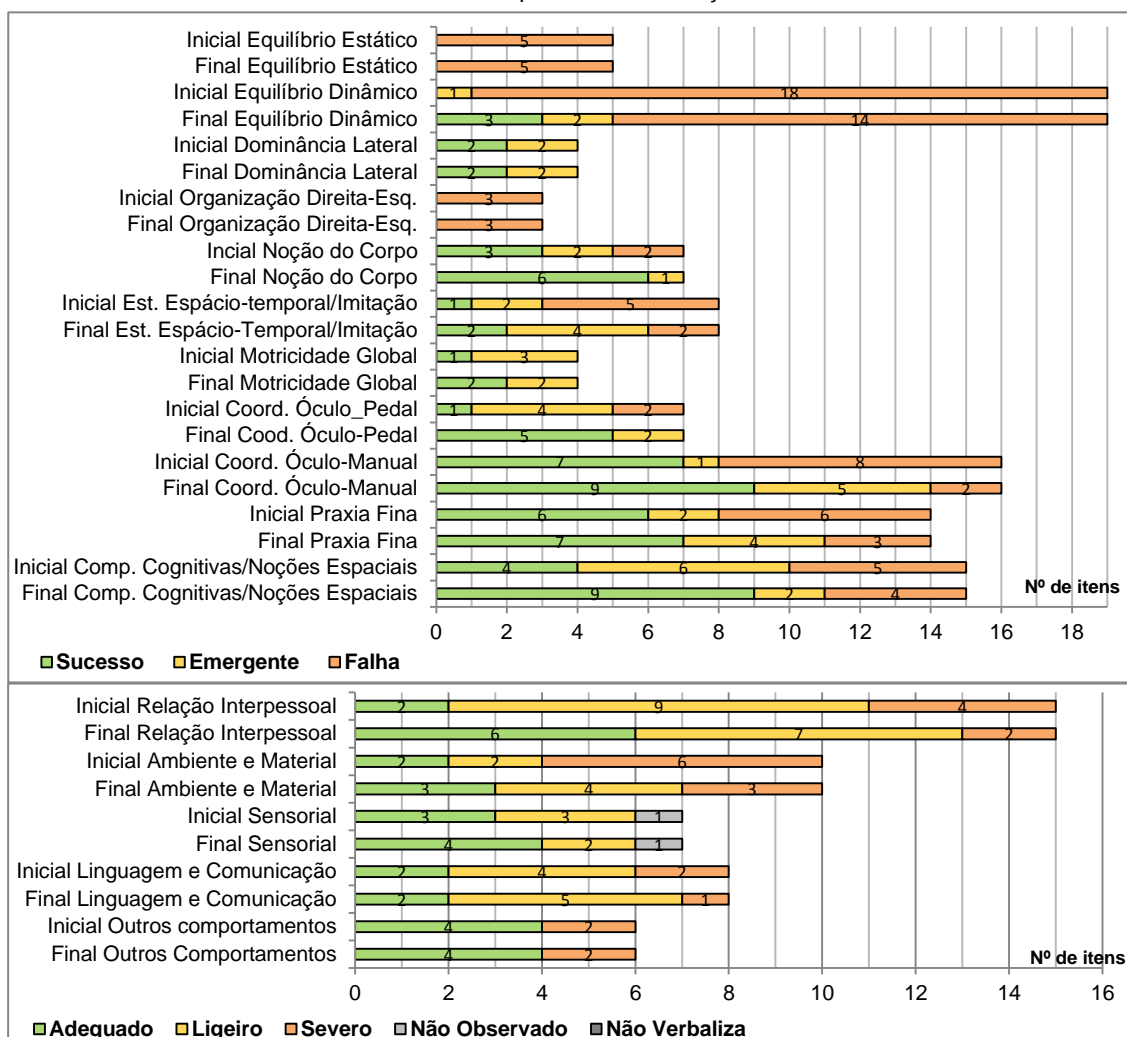
A Praxia Fina foi o domínio menos trabalhado nas sessões, mas ocorreram algumas evoluções. A criança teve “Sucesso” a enroscar uma tampa e o nível “Emergente” em traçar uma linha curva sobre um pontilhado e enfiar contas num fio com modelo, tendo neste caso tido orientação verbal.

Nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais o André distinguiu as noções cima/baixo e frente/atrás, colocando os objetos na cadeira nas posições espaciais indicadas, e as noções dentro/fora, indo para dentro e fora do arco quando solicitado. Por fim, mostrou reconhecer o sentimento de “zangado”, para além de “contente” e “triste”, já identificados na avaliação inicial. Nos outros itens não ocorreram evoluções.

Quanto ao comportamento, ao nível da Relação Interpessoal, o André revelou evoluções no que respeita ao contacto visual, a cumprimentar à entrada e à saída e a saber o significado do “não”. Para além disso, considerou-se o nível “Adequado” na cooperação nas atividades e tolerância a interrupções, dado que com o evoluir das sessões a criança seguiu sempre as diretivas da psicomotricista, tentando cooperar, exceto se não compreendia a instrução ou não sabia fazer a atividade, e passou também a tolerar mais a mudança de atividades não se sentindo especialmente contrariada. Contudo, o André continuou necessitar muitas vezes da intervenção da psicomotricista para se estabelecer interação e a não mostrar reação aos elogios que lhe eram dados. No que respeita ao Ambiente e Material, constatarem-se evoluções ao nível da exploração do material, comportamento nas atividades, capacidade de atenção, assim como na motivação por recompensas intrínsecas, dado o interesse irregular da criança pelo sucesso nas atividades. A nível Sensorial, considerou-se “Adequado” o item “interesse gustativo”, dado que deixou de se observar o André a levar material à boca nas sessões. Na Linguagem e Comunicação, o item “inteligibilidade da linguagem” foi alterado de “Severo” para “Ligeiro”, sendo a linguagem do André ainda de difícil compreensão. Por fim, nos Outros Comportamentos, a avaliação inicial e final mantiveram-se iguais.

A grelha de avaliação foi também preenchida pelas professoras da UEEA, tendo esta sido ligeiramente diferente. As professoras não consideraram evolução ao nível da cooperação nas atividades, na tolerância a interrupções, nem na motivação por recompensas intrínsecas. Além disso, consideraram que a criança tem por vezes comportamentos de birra/disrupção durante muito tempo e em situações de frustração ou desespero, algo que no contexto de sessão de psicomotricidade não ocorreu.

**Gráfico 7 - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - André**



## Gustavo

No domínio psicomotor Tonicidade, o Gustavo manteve-se no nível hipertónico, dado que revelou pouca extensibilidade dos membros e rigidez muscular. Perante mobilizações e oscilações induzidas, não conseguiu relaxar os braços, oferecendo resistência e movendo-os constantemente. Pelo contrário, a criança revelou descontração nos membros inferiores, não oferecendo resistência e não os movendo.

Ao nível da Equilibração, o Gustavo não foi capaz de permanecer em equilíbrio estático, nem tentou fazê-lo. No Equilíbrio Dinâmico, revelaram-se evoluções no que respeita a andar de lado sobre a trave larga, sendo que a criança conseguiu deslocar-se de lado na trave de frente para a psicomotricista, que ia demonstrando simultaneamente e incentivando a criança a continuar. O Gustavo apenas mostrou que o conseguia fazer sozinho e sem ajuda física nesse momento de avaliação final. Para além disso, a criança realizou de uma forma “Emergente” o andar sobre uma linha para a frente, tendo sido capaz de, com ajuda física inicialmente e com a existência de pegadas sobre a linha, dar dois passos fazendo os seus coincidir com as pegadas e depois começando a desviar-se da linha. Acrescenta-se que, embora nas sessões de psicomotricidade a criança não tenha mostrado ser capaz de andar para trás sobre a trave larga, foi observada no recreio a andar livremente dessa forma no chão, o que significa que o conseguiria fazer, mas não o demonstrou em contexto de sessão.

Na Lateralização, a Dominância lateral manteve-se igual à já observada. A criança continuou a não reconhecer em si a direita e a esquerda.



Na Noção do Corpo, o Gustavo não mostrou ser capaz de apontar partes do seu corpo, nem de identificar partes do corpo do boneco ou do outro, mas evoluiu na capacidade de juntar peças com partes do corpo para formar um boneco, tendo-o feito corretamente ao colocar as peças sobre uma base com seu o contorno.

Na Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, a criança continuou a mostrar não conseguir imitar gestos simples.

Na Praxia Global, não mostrou ser capaz de rastejar e manteve o nível “Emergente” no que respeita a andar e correr coordenadamente. Na Coordenação Óculo-Pedal, constataram-se alguns progressos, tendo obtido “Sucesso” a chutar a bola de forma indiscriminada e conduzir a bola dentro de limites. Além disso, foi capaz de chutar a bola para um alvo de forma “Emergente”. O Gustavo continuou a não alternar os pés ao descer as escadas e a necessitar constantemente de ajuda física para contornar os pinos. Na Coordenação Óculo-Manual, mostrou ser capaz de apanhar uma bola à distância de 1m sempre que esta lhe era atirada. No entanto, salienta-se, que isso apenas ocorreu estando a criança envolvida e interessada na tarefa, sendo que se isso não ocorria, a criança saía do local ou simplesmente nunca agarrava a bola. Além do referido, o Gustavo foi capaz de encestar a bola 2 vezes à distância de 0,5m, tendo a psicomotricista demonstrado a tarefa, ficando ao seu lado a mantê-lo na tarefa e apontado para o cesto. A criança manteve a mesma cotação nos restantes itens, ainda tendo dificuldade a lançar a bola de rítmica, largando-a apenas.

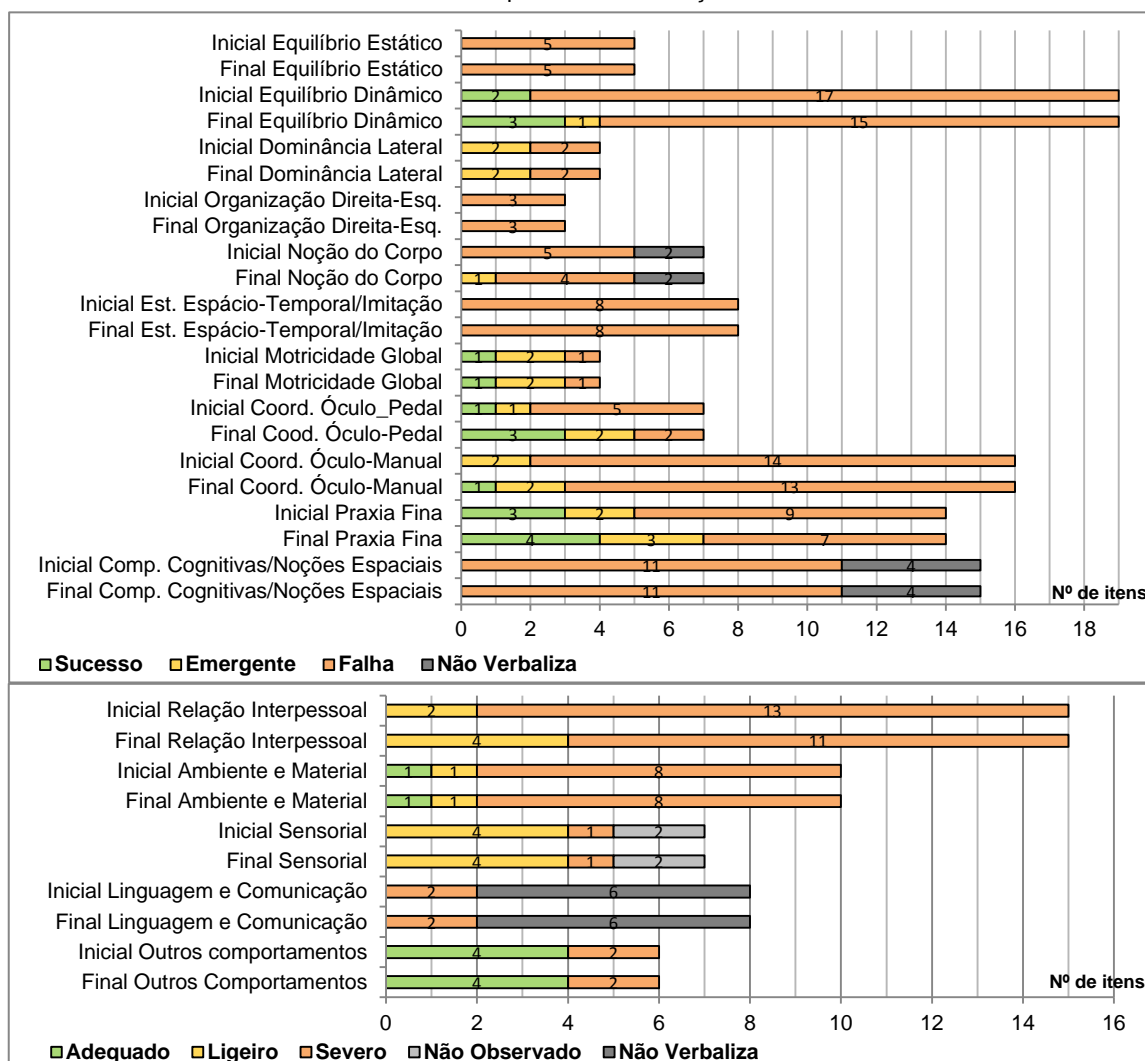
No que respeita à Praxia Fina, apesar deste domínio ter sido o menos trabalhado nas sessões, o Gustavo revelou algumas evoluções. Obteve “Sucesso” a empilhar cubos, sendo dado à criança um de cada vez e demonstrada a tarefa. Os itens relativos a desenroscar e enroscar evoluíram para “Emergente” dado que a criança o realizou tendo ajuda física apenas no início e no final, respetivamente.

Nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais, manteve as dificuldades reveladas na avaliação inicial, não tendo adquirido as noções de cima/baixo, dentro/fora ou grande/pequeno, nem sido capaz de associar ou identificar cores.

Quanto ao comportamento, nas sessões de psicomotricidade, ao nível da Relação Interpessoal, considerou-se que o Gustavo mostrou algumas evoluções no que respeita à afetividade e na reação ao contacto físico. De facto, a criança revelou respostas emocionais ligeiramente desadequadas e reagiu de uma forma inadequada ao contacto físico, demonstrando muitas vezes uma grande passividade, contudo, não evitou esse contacto excessivamente e as suas reações não foram, com o evoluir das sessões, suficientemente intensas para receber a cotação de “Severo”. Apesar de se ter mantido o item “cooperação nas atividades” com a cotação de “Severo”, consideraram-se algumas evoluções a este nível, pois em alguns momentos das sessões a criança chegou a envolver-se e a cooperar, mas não o suficiente para atingir o nível “Ligeiro”. Perante a voz do adulto, continuou frequentemente a não dar sinal de que entendia o que era dito, necessitando então de demonstrações. Além disso, nunca iniciou interação por iniciativa própria, sendo principalmente em jogos de passes de bola que mais interagiu. O Gustavo era incentivado a lançar a bola, mas acabava na maioria das vezes por a devolver, dando-a à mão. Quanto ao Ambiente e Material, Linguagem e Comunicação e Outros Comportamentos, o comportamento da criança manteve-se idêntico ao da avaliação inicial.

De se acrescentar que a grelha de avaliação do Perfil de Comportamentos foi também preenchida de forma idêntica pelas professoras de educação especial

**Gráfico 8 - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Gustavo**



## Mário

No domínio psicomotor Tonicidade, o Mário manteve-se no nível hipertónico, dado que revelou pouca extensibilidade dos membros e alguma rigidez muscular. Perante mobilizações e oscilações induzidas, a criança não conseguiu relaxar os braços, oferecendo resistência e movendo-os. Nos membros inferiores mostrou rigidez muscular e dificuldade em relaxar voluntariamente, mas não revelou agitação motora.

Ao nível da Equilibração, o Mário revelou na avaliação final um esforço, não verificado inicialmente, por ser capaz de permanecer em equilíbrio estático. A criança foi capaz de permanecer 10 segundos em apoio retilíneo, na ponta dos pés e em apoio unipedal, tendo existido demonstração simultânea e utilizadas pegadas para que a criança colocasse os pés sobre elas. Ocorreram uma ou duas repetições em cada caso até a criança ser de facto capaz. No Equilíbrio Dinâmico, a criança evoluiu em todos os itens estabelecidos no Plano de Intervenção, exceto no que respeita a saltar em apoio unipedal para trás com o pé direito. Na avaliação final, mostrou ser capaz de saltar a pés juntos para baixo, de saltar com um pé no mesmo local, de fazer vários saltos a pés juntos para a frente e para trás de seguida e de atravessar o banco sueco para trás, adequadamente e sem ajuda física. Quanto a saltar barreiras de 20cm, saltar a pés juntos de lado, andar em apoio unipedal e andar sobre uma linha para trás, apesar de evoluções verificadas, a criança ainda não obteve o “Sucesso”.

Na Lateralização, manteve uma Dominância lateral semelhante à já observada. Na organização direita-esquerda, continuou a ser capaz de reconhecer por vezes em si próprio a direita e a esquerda, mas a ainda não o faz entre objetos e no outro.

No que respeita à Noção do Corpo, a criança, que inicialmente não conseguiu identificar partes do corpo do outro, apontando apenas para si mesma, foi capaz de o fazer na avaliação final. Apesar disso, continua a revelar muitas dificuldades na compreensão dos pronomes “meu” e “minha”. O Mário referiu mais partes do corpo do que as referidas na avaliação inicial, contudo não as suficientes para obter “Sucesso” nesse item. O desenho do corpo também se manteve no nível “Emergente”, tendo pormenores faciais e extremidades, mas sendo também simples e desproporcional.

No que concerne à Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, a criança continuou a não mostrar ter noção de tempos socializados e a ter dificuldades na representação topográfica da sala e na estruturação rítmica, continuando os batimentos de forma repetitiva. Não conseguiu lançar a bola fazendo-a ressaltar no solo o número de vezes solicitado e demonstrado. Contudo, revelou evoluções na imitação de gestos simples e complexos, obtendo “Sucesso”, e conseguiu parar o seu movimento na ausência de ritmo, embora com demonstração simultânea.

Quanto à Praxia Global, o Mário manteve o nível “Emergente” no que respeita a andar e correr coordenadamente. Na Coordenação Óculo-Pedal, foi capaz de chutar a bola sem falhar o alvo e de conduzir a mesma dentro dos limites. Contudo, ainda não conseguiu contornar pinos conduzindo a bola, mesmo com demonstração simultânea, sendo que na maioria das vezes prendeu a bola entre os pés e deslocou-se dessa forma. Na Coordenação Óculo-Manual, houve também evolução em vários aspetos. A criança conseguiu adequadamente lançar uma bola a um alvo com uma e duas mãos por baixo e driblar a bola em andamento. Com mais dificuldade, mostrou progressos em lançar a bola com uma mão por cima. A criança foi capaz de encestar mais vezes a bola do que na avaliação inicial, começando a ter mais dificuldades em fazê-lo a partir da distância de 2m. Não conseguiu driblar a bola contornando pinos, dado que driblava apenas no local ou contornava os pinos apenas com a bola na mão.

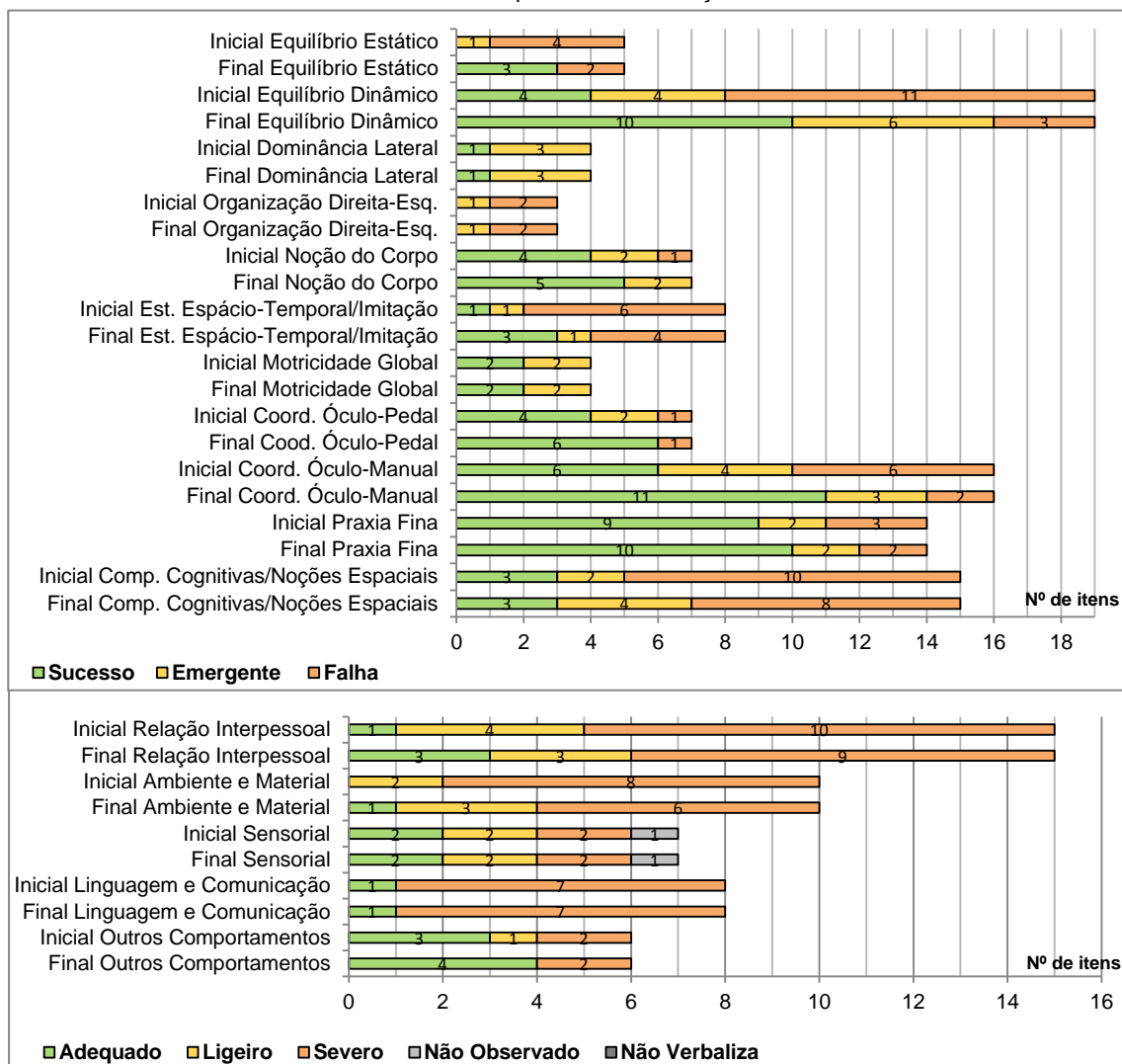
Na Praxia Fina, o Mário revelou progressos no tamborilar e a enfiar contas segundo um modelo, mas com algumas orientações verbais, para não se precipitar.

Nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais, as avaliações mantiveram-se semelhantes, tendo existido alguma evolução nas noções de cima/baixo e dentro/fora. O Mário colocou os objetos em cima da cadeira como solicitado, mas não o fez corretamente para baixo. Além disso, foi para dentro do arco a pedido, com instrução verbal, contudo para ir para fora do mesmo teve de ser orientado fisicamente.

Quanto ao Comportamento, ao nível da Relação Interpessoal, o Mário revelou nas sessões de psicomotricidade evoluções no que respeita à cooperação nas atividades, sendo que seguiu sempre as diretivas da psicomotricista e tentou cooperar, exceto se não compreendia a atividade ou se não a conseguia realizar sozinho. A intervenção da psicomotricista continuou a ser essencial para que o Mário reagisse e o contacto visual da criança manteve-se prolongado, mesmo estando a criança interessada na interação. A nível do Ambiente e Materiais, considerou-se que a criança melhorou a sua capacidade de atenção nas tarefas, conseguindo permanecer mais tempo em cada uma, contudo essa capacidade ainda é limitada. O Mário também revelou uma menor dificuldade em mudar de atividade, tolerando-o sem se sentir contrariado. Para além disso, revelou momentaneamente algum interesse por determinada recompensa concreta, mas esse interesse não perdurava. A nível Sensorial e na Linguagem e Comunicação a avaliação inicial e final mantiveram-se iguais, mas nos Outros Comportamentos considerou-se o nível “Adequado” no que respeita a comportamentos de birra/disrupção, no contexto de sessão.

As professoras da UEEA preencheram a grelha de forma ligeiramente diferente, tendo considerado evolução apenas ao nível das recompensas concretas.

**Gráfico 9 - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Mário**



## Rui

No domínio psicomotor Tonicidade, o Rui manteve-se no nível hipertónico, pois revelou pouca extensibilidade dos membros e alguma rigidez muscular. Perante mobilizações e oscilações induzidas, não mostrou ser capaz de relaxar os braços, oferecendo resistência e movendo-os. Nos membros inferiores mostrou rigidez muscular e dificuldade em relaxar voluntariamente, mas não revelou agitação motora.

Ao nível da Equilibração, o Rui foi capaz de permanecer em apoio retilíneo e na ponta dos pés durante 10 segundos e em equilíbrio na ponta dos pés realizou algumas oscilações. No equilíbrio em apoio unipedal a cotação “Emergente” foi mantida. O Rui mostrou um maior esforço por ser capaz, não desistindo de imediato perante a sua dificuldade. No Equilíbrio Dinâmico, mostrou algumas evoluções, tendo sido capaz de saltar adequadamente a pés juntos para baixo e para a frente ao longo de uma linha. O Rui foi ainda capaz de atravessar a trave larga para trás, sem ser reorientado e sem ajuda física, bem como de andar sobre uma linha para a frente e em marcha controlada, algo em que revelou mais dificuldade na avaliação inicial. Os itens em que existiram progressos e a criança obteve a cotação “Emergente” foram saltar barreiras a pés juntos e saltar com um pé no local. O Rui continuou a ter dificuldade em saltar a pés juntos para trás e de lado e a andar sobre uma linha para trás.

Quanto à Lateralização, a criança manteve uma Dominância lateral idêntica à já observada. Na organização direita-esquerda, foi capaz de reconhecer sempre corretamente a direita e esquerda em si próprio, entre objetos e no outro.

Na Noção do Corpo, a criança construiu um boneco juntando as partes sem falhas, mas manteve a cotação “Emergente” no desenho do corpo, em que foi feito um desenho semelhante ao realizado inicialmente, ou seja, um desenho organizado, com extremidades, mas simples e com pormenores faciais pouco claros. O Rui referiu diversas partes do seu corpo e identificou corretamente as partes do corpo do outro.

Na Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, o Rui foi capaz de lançar a bola cumprindo o número de vezes indicado e demonstrado para a bola bater no chão, obtendo também “Sucesso” a imitar gestos complexos, pois imitou um dos gestos na totalidade e dois parcialmente. Na adaptação do movimento ao ritmo, apesar de nem sempre ter parado na ausência do ritmo, deslocou-se segundo um batimento ritmado, referindo, por iniciativa própria, se o ritmo era “rápido” ou “lento”. O único item em que não se verificaram alterações na avaliação foi o item da estruturação rítmica.

Na Praxia Global, o Rui foi capaz de rastejar de forma mais coordenada, com menor esforço e utilizando as pernas e braços, mas manteve o nível “Emergente” no que respeita a andar e correr coordenadamente. Na Coordenação Óculo-Pedal, revelou progressos em todos os itens, tendo sido capaz de chutar sempre a bola diretamente para o alvo, conduzir a bola dentro dos limites, descer as escadas com pés alternados e contornar pinos sem ajuda. Na Coordenação Óculo-Manual, lançou a bola por baixo com duas mãos em direção ao alvo adequadamente, mas mostrou algumas dificuldades e descoordenação no lançamento apenas com uma mão. A criança foi capaz de encestar mais vezes a bola, mas a partir da distância de 1,5m recusou-se a continuar a tarefa, com receio de falhar. O Rui driblou a bola apenas parado e largando-a e agarrando-a de novo, estando a psicomotricista à sua frente.

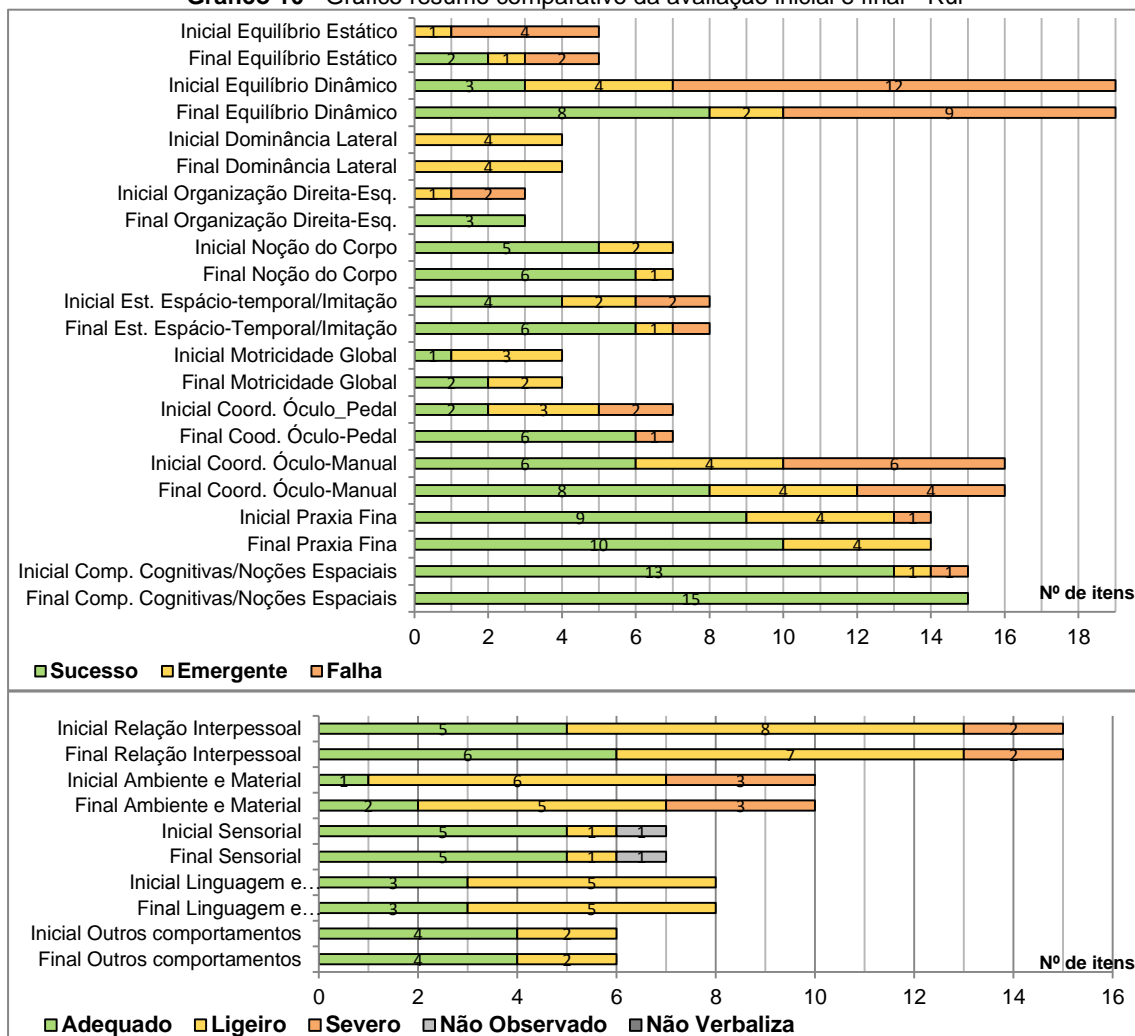
Na Praxia Fina, as evoluções dizem respeito à obtenção de “Sucesso” a enfiar contas num fio de acordo com um modelo, sem orientações verbais, e à obtenção da cotação de “Emergente” no tamborilar, que foi realizado de forma mais precisa.

No que respeita às Competências Cognitivas/Noções Espaciais, o Rui mostrou ser capaz de distinguir as noções espaciais de frente/atrás e dentro/fora, obtendo assim a cotação de “Sucesso” em todos os itens estabelecidos neste âmbito.

Quanto ao comportamento, ao nível da Relação Interpessoal, o Rui revelou evoluções na cooperação nas atividades, sendo que com o evoluir das sessões e da relação entre a criança e a psicomotricista, começou a tomar mais iniciativas para além das propostas. Neste sentido, sendo as suas iniciativas aproveitadas para promover a sua motivação, a criança seguia as orientações dadas, não o fazendo apenas se não compreendia a instrução ou não conseguia realizar a tarefa. A criança continuou a estabelecer por iniciativa própria interação e a manter contacto visual, mas manteve a sua dificuldade em abandonar atividades ou materiais que aprecia e nem sempre se motivou apenas por elogios. No Ambiente e Material, o Rui, já conhecendo o espaço das sessões, começou a explorar o ambiente de forma mais adequada, interessando-se por ele e sem revelar agitação persistente. O Rui continuou a ter de ser frequentemente guiado ou ajudado, a ter uma capacidade de atenção limitada e a motivar-se por recompensas concretas, mas não tanto pelo próprio sucesso nas atividades. A nível Sensorial, da Linguagem e Comunicação e dos Outros Comportamentos, seu comportamento manteve-se idêntico ao revelado inicialmente.

A grelha de avaliação foi também preenchida pelas professoras da UEEA, não tendo sido consideradas evoluções na cooperação nas atividades nem na exploração do ambiente. Além disso, considerou-se que a criança tem por vezes comportamentos de birra durante muito tempo e em situações de frustração ou desespero, o que nas sessões apenas ocorreu por pouco tempo, tendo sido considerado o nível “Adequado”.

**Gráfico 10 - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Rui**



## Sara

No domínio psicomotor Tonicidade, a Sara manteve-se no nível hipertónico, dado que revelou pouca extensibilidade dos membros e rigidez muscular. Perante mobilizações e oscilações induzidas, a criança não conseguiu relaxar os braços, oferecendo resistência e movendo-os. Nos membros inferiores mostrou rigidez muscular e dificuldade em relaxar voluntariamente, mas não revelou agitação motora.

Ao nível da Equilibrção, a criança não foi capaz, nem tentou, permanecer em equilíbrio estático. No Equilíbrio Dinâmico, não foram verificadas evoluções, contudo salienta-se que nas últimas sessões o deslocamento sobre a trave de lado e para trás foi menos contrariado pela criança. Embora, nas sessões a Sara não tenha mostrado ser capaz de andar sobre uma linha, foi observada no recreio a andar sobre um lancil da mesma largura da referida linha, algo mais exigente ao nível do equilíbrio.

Na Lateralização, a Dominância Lateral manteve-se a observada inicialmente.

Na Noção do Corpo, a criança não revelou ser capaz de apontar partes do seu corpo, nem identificar partes do corpo do boneco ou do outro, mas mostrou evolução na capacidade de juntar peças para formar um boneco. A criança conseguiu fazê-lo colocando as peças corretamente sobre uma base com seu o contorno.

Quanto à Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, a Sara continuou a mostrar não ser capaz de imitar gestos simples.

Na Praxia Global, a Sara não mostrou ser capaz de rastejar e manteve o nível “Emergente” quanto a andar e correr coordenadamente. Na Coordenação Óculo-Pedal, apenas evoluiu em chutar a bola indiscriminadamente, mas na maioria das

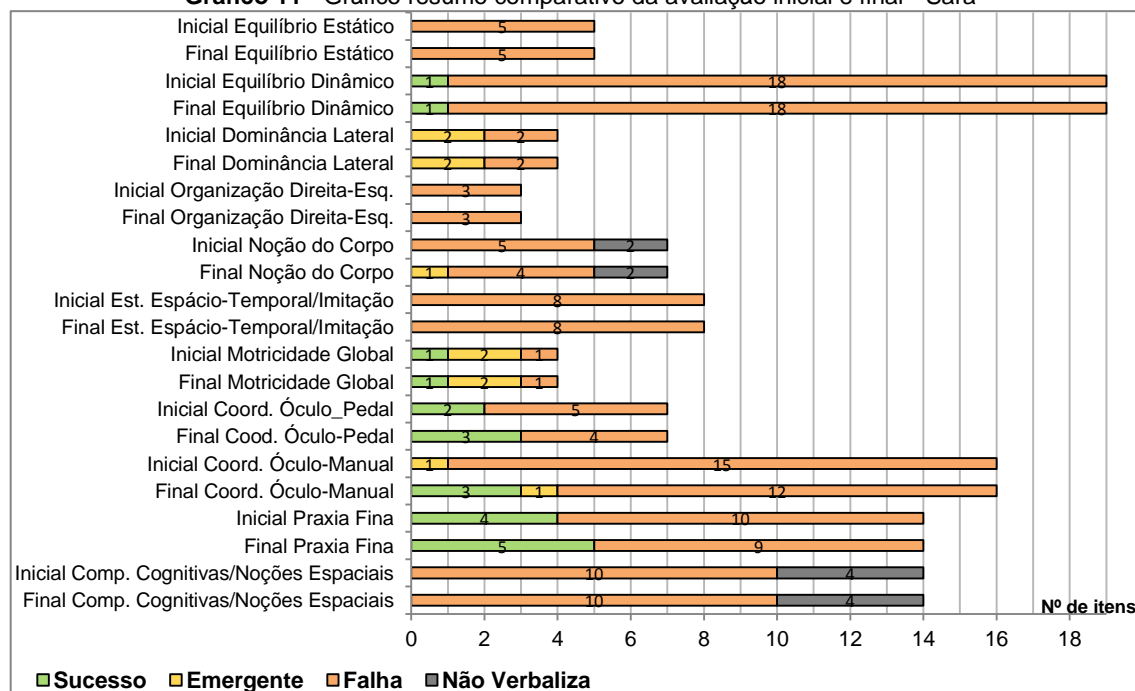
vezes interagiu com a bola, sem a chutar realmente. Na Coordenação Óculo-Manual, a criança mostrou conseguir lançar a bola de rítmica, esticando o braço no cotovelo, obtendo a cotação de “Sucesso” no item relativo a lançar a bola indiscriminadamente. Além disso, conseguiu encestar uma bola de ténis sempre que isso foi solicitado, à distância de 0,5m e 1m, e também uma vez à distância de 1,5m, sendo que depois de isso acontecer a criança saiu da atividade e recusou-se a continuá-la. Durante a tarefa, a psicomotricista manteve o contacto físico com a criança, estando ao seu lado. Depois de encestar a bola, a Sara interessava-se pela sua textura, olhando-a e sentindo-a na sua mão, continuando a tarefa após a psicomotricista referir calmamente que devia lançar a bola, apontando para o cesto. O referido só se verificou na avaliação final, não tendo a criança anteriormente mostrado ser capaz de o fazer.

Na Praxia Fina, a Sara amachucou uma folha de papel, fazendo uma bola, embora sem ser a pedido. Os outros itens mantiveram a cotação obtida inicialmente.

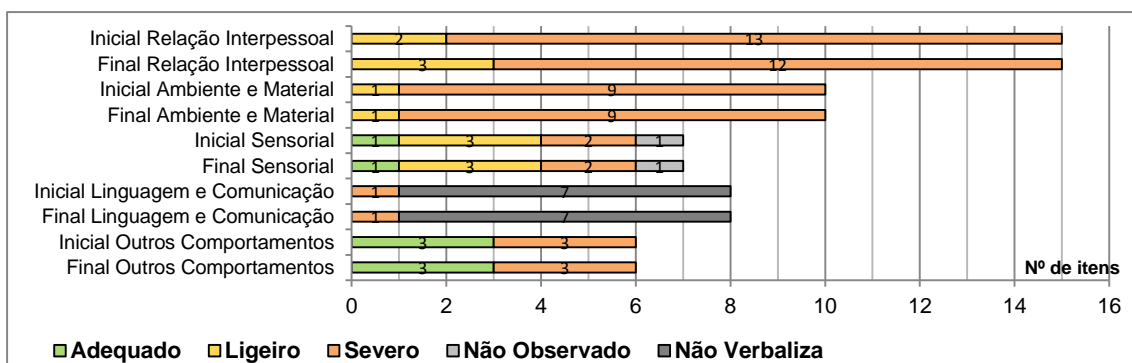
Nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais, manteve as dificuldades reveladas na avaliação inicial, não mostrando ter adquirido as noções de cima/baixo, dentro/fora ou grande/pequeno, nem conseguir associar ou identificar as cores.

Quanto ao comportamento, no que respeita à Relação Interpessoal, considerou-se que a Sara evoluiu ao nível da consciência da presença do outro, sendo que a Sara necessita muitas vezes da intervenção do outro para iniciar o contacto, mas inicia interação, apesar de isso ocorrer muito raramente. O item relativo à cooperação nas atividades manteve o nível “Severo”, contudo nas sessões verificaram-se algumas evoluções a este nível, embora não suficientes para atingir o nível “Ligeiro”. De facto, existiram momentos em que a criança cooperou, sem se opor ou revelar uma total passividade. O mesmo aconteceu no item “reação ao contacto físico”, sendo que apesar da Sara muitas vezes fugir ao contacto físico ou revelar uma grande passividade, ocorreram situações em que não reagiu tão inadequadamente a esse contacto, deixando-se guiar de tarefa em tarefa. No que respeita ao Ambiente e Material, à Linguagem e Comunicação e aos Outros Comportamentos, considerou-se que o comportamento da criança se manteve idêntico ao revelado na avaliação inicial. A grelha de avaliação foi igualmente preenchida pelas professoras da UEEA.

**Gráfico 11 - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final - Sara**







## Vítor

No domínio psicomotor Tonicidade, o Vítor manteve-se no nível hipertónico, dado que revelou pouca extensibilidade dos membros e alguma rigidez muscular. Perante mobilizações e oscilações induzidas, não mostrou ser capaz de relaxar os braços e as pernas, oferecendo resistência e movendo, principalmente os braços.

Ao nível da Equilibração, o Vítor revelou na avaliação final um grande esforço, não verificado inicialmente, por ser capaz de permanecer em equilíbrio estático. A criança permaneceu 10 segundos em apoio retilíneo e unipedal, tendo existido demonstração simultânea, uma ou duas repetições até a criança ser de facto capaz e a criança se posicionado sobre pegadas com a indicação da posição correta dos pés. O Vítor permaneceu 7 segundos na ponta dos pés e depois desequilibrou-se, dando pequenos passos para a frente e para trás com os calcanhares levantados. No Equilíbrio Dinâmico, evoluiu em todos os itens, exceto a andar em apoio unipedal para trás, item em que, apesar da criança ter sido capaz de dar um maior número de saltos, se manteve no nível “Emergente”. Na avaliação final, o Vítor mostrou ser capaz de saltar a pés juntos para baixo, saltar a pés juntos uma barreira de 40cm, dar mais de 5 passos a pés juntos para trás e de lado e em apoio unipedal, atravessar o banco sueco para trás e de lado sem necessitar de ser reorientado e andar sobre uma linha para a frente e em marcha controlada. Para realizar os saltos de seguida e andar sobre a linha, o Vítor melhorou o desempenho com demonstração simultânea e sendo contados os saltos/passos à medida que os realizava. Quanto a andar sobre uma linha para trás, depois de dar 2 passos, desviou-se, não tendo atingido “Sucesso”.

Na Lateralização, revelou uma Dominância Lateral ligeiramente diferente da observada inicialmente, em que não revelava preferência nem auditiva nem pedal. Assim, considerou-se uma lateralização ocular e pedal maioritariamente esquerdas e uma lateralização auditiva e manual maioritariamente direitas. Na organização direita-esquerda, continuou a não reconhecer em si próprio a direita e a esquerda.

Quanto à Noção do Corpo, o Vítor referiu diversas partes do seu corpo, com alguma insistência, e identificou as partes do corpo do outro que foram solicitadas. Continuou a mostrar dificuldade em compreender os pronomes “meu” e “minha”. Apenas no desenho do corpo manteve a cotação de “Emergente”.

Na Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, a criança mostrou evoluir na imitação de gestos simples e na tarefa de lançar a bola cumprindo o número de vezes solicitado e demonstrado para esta bater no chão, obtendo “Sucesso” nestes itens.

Quanto à Praxia Global, o Vítor manteve o nível “Emergente” no que respeita a rastejar, andar e correr coordenadamente. Na Coordenação Óculo-Pedal, evoluiu em todos os itens, tendo mostrado conseguido chutar a bola sem falhar o alvo, conduzir a bola dentro de limites e contornar pinos. A contornar pinos com a bola e o pé teve uma maior dificuldade, perdendo por vezes a bola ou necessitando de pontuais orientações verbais, mas progrediu na tarefa. Na Coordenação Óculo-Manual, lançou a bola a um alvo com 2 mãos por baixo e driblou a bola em andamento, mas para lançar uma bola a um alvo com 1 mão, revelou alguma descoordenação e necessitou de ajuda física inicialmente para compreender o pretendido. Revelou ligeiras evoluções a encestar a



bola de ténis, encastando-a sempre à distância de 1,5m. Por fim, ainda não conseguiu driblar a bola contornando pinos, fazendo-o no local ou andado sem driblar a bola.

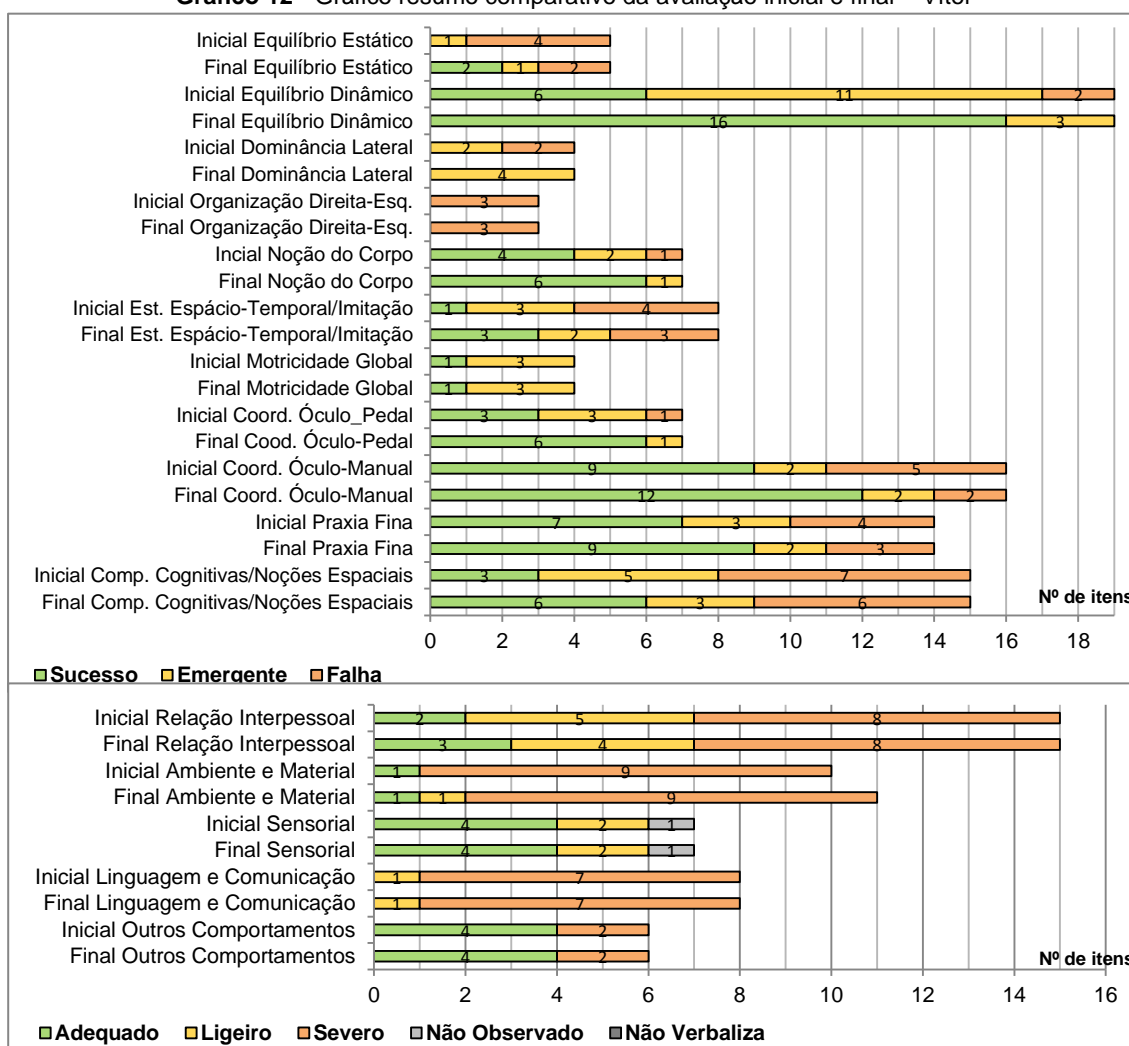
Na Praxia Fina, o Vítor manteve a avaliação final semelhante à avaliação inicial, apenas evoluindo no tamborilar e a enfiar contas num fio, segundo um modelo.

Nas Competências Cognitivas/Noções Espaciais, a criança foi capaz de colocar adequadamente objetos em cima e em baixo de uma cadeira, de ir para dentro e para fora de um arco a pedido e de nomear corretamente o nome das cores que lhe foram apresentadas. Por fim, foi capaz de colocar um objeto à frente da cadeira, mas já não o fez corretamente atrás da mesma. Nos restantes itens não se constatou evolução.

Quanto ao comportamento, ao nível da Relação Interpessoal, o Vítor revelou evoluções na cooperação nas atividades, sendo que seguia as diretivas e tentava cooperar, exceto se não compreendia a atividade ou não a conseguia realizar. Mesmo estando mais agitado, depois de se acalmar, acabava sempre por cooperar e realizar o solicitado. A intervenção da psicomotricista continuou a ser essencial para que o Vítor interagisse e o contacto visual da criança manteve-se irregular, mesmo estando a criança interessada na interação. Ao nível do Ambiente e Materiais, mostrou maior capacidade de atenção nas tarefas, permanecendo mais tempo em cada uma, mas essa capacidade ainda é limitada. A nível Sensorial, na Linguagem e Comunicação e nos Outros Comportamentos, a avaliação inicial e final mantiveram-se iguais.

As professoras da UEEA não consideraram que o Vítor evoluiu na cooperação nas atividades e na capacidade de atenção, tendo assinalado uma maior dificuldade em mudar de tarefas e comportamentos de auto e hétero-agressão e birra/disrupção em qualquer situação e com frequência, o que não ocorreu nas sessões.

**Gráfico 12 - Gráfico resumo comparativo da avaliação inicial e final – Vítor**



### 5.2.5. Resultados da aplicação do Protocolo de Observação das Sessões de Psicomotricidade

O POSP foi aplicado em duas sessões aleatórias, com pouco menos de um mês de intervalo, no decorrer da intervenção. Os resultados obtidos não permitem concluir em termos evolutivos no processo de intervenção com rigor, mas esclarecem acerca das áreas em que a criança revela um maior e menor desempenho.

No Anexo K, na sequência da apresentação dos registos individuais do POSP encontram-se gráficos ilustrativos dos resultados obtidos, bem como as conclusões obtidas relativamente a cada criança. As conclusões obtidas contribuíram para o desenvolvimento do ponto seguinte, na análise das sessões desenvolvidas.

### 5.3. Resultados do Processo de Intervenção

Neste ponto, é feita uma síntese da evolução que as crianças revelaram ao nível das suas áreas fracas, intermédias e fortes. A Tabela 17 mostra a forma como os domínios e subdomínios se distribuíram pelas diferentes áreas na avaliação inicial, sendo destacados aqueles em que se observou alguma alteração, perante a avaliação final. O critério utilizado para definição dos domínios pertencentes a cada área foi adequado a cada criança, em função dos resultados distintos obtidos e tendo sido realizada uma análise isolada de cada gráfico já apresentado.

Na tabela é possível observar que na avaliação inicial se destacam como áreas menos fortes a Equilibração e a Lateralização, principalmente nos subdomínios do Equilíbrio Estático e Organização Direita-Esquerda, respetivamente. A Estruturação Espaço-Temporal também é várias vezes considerada uma área fraca. Nas áreas fortes, destaca-se a Praxia Fina e pontualmente também a Noção do Corpo.

Com a avaliação final contataram-se alterações nos domínios pertencentes às áreas consideradas. As principais modificações verificaram-se na Coordenação Óculo-Pedal, em que para 5 crianças esse subdomínio passou a ser considerado uma área forte. Para 3 crianças também se verificaram alterações positivas no Equilíbrio Estático e Dinâmico, tendo ambos passado a incluir-se numa área intermédia em vez de numa área fraca. Os domínios e subdomínios relativos à Dominância Lateral, Motricidade Global e Competências Cognitivas/Noções Espaciais mantiveram-se na área considerada inicialmente, em todos os casos. No caso do André, inicialmente foram apenas definidas áreas fracas e fortes, mas com a avaliação final já foi possível uma distinção entre áreas intermédias e fortes.

**Tabela 17 - Áreas fracas, intermédias e fortes das crianças na avaliação inicial e final**

	ÁREAS FRACAS	ÁREAS INTERMÉDIAS	ÁREAS FORTES
<b>André</b>	- Equilibração (Eq. Estático e Dinâmico) - Lateralização (Org. Direita-Esquerda) - <b>Est. Espaço-Temporal / Imitação<sup>a</sup></b>	—	- Lateralização (Dominância Lateral) <sup>a</sup> - <b>Noção do Corpo<sup>b</sup></b> - Praxia Global (Mot. Global <sup>a</sup> , <b>C. Óculo-Pedal<sup>b</sup></b> , C. Óculo-Manual <sup>a</sup> ) - Praxia Fina <sup>a</sup> - C. Cognitivas / N. Espaciais <sup>a</sup>
<b>Gustavo</b>	- Equilibração (Eq. Estático) - Lateralização (Org. Direita-Esquerda) - Noção do Corpo - Est. Espaço-Temporal / Imitação - C. Cognitivas / N. Espaciais	- Equilibração (Eq. Dinâmico) - Lateralização (Dominância lateral) - Praxia Global (Mot. Global, <b>C. Óculo-Pedal<sup>b</sup></b> , C. Óculo-Manual)	- Praxia Fina
<b>Mário</b>	- <b>Equilibração (Eq. Estático e Dinâmico)<sup>a</sup></b> - Lateralização (Org. Direita-Esquerda) - Est. Espaço-Temporal / Imit. - C. Cognitivas / N. Espaciais	- Lateralização (Dominância lateral) - <b>Noção do Corpo<sup>b</sup></b> - Praxia Global (Mot. Global, <b>C. Óculo-Pedal<sup>b</sup></b> , <b>C. Óculo-Manual<sup>b</sup></b> )	- Praxia Fina
<b>Rui</b>	- <b>Equilibração (Eq. Estático e Dinâmico)<sup>a</sup></b> - Lateralização (Org. Direita-Esquerda) <sup>b</sup>	- Lateralização (Dominância lateral) - <b>Est. Espaço-Temporal / Imitação<sup>b</sup></b> - Praxia Global (Mot. Global, <b>C. Óculo-Pedal<sup>b</sup></b> , C. Óculo-Manual)	- Noção do Corpo - Praxia Fina - C. Cognitivas/ N. Espaciais

<b>Sara</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilíbrio (Eq. Estático)</li> <li>- Lateralização (Org. Direita-Esquerda)</li> <li>- <b>Noção do Corpo<sup>a</sup></b></li> <li>- Est. Espaço-Temporal / Imitação</li> <li>- C. Cognitivas / N. Espaciais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equilíbrio (Eq. Dinâmico)</li> <li>- Lateralização (Dominância lateral)</li> <li>- <b>Praxia Global (C. Óculo-Manual)<sup>b</sup></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Praxia Global (Mot. Global, C. Óculo-Pedal)</li> <li>- Praxia fina</li> </ul>
<b>Vitor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equilíbrio (Eq. Estático)<sup>a</sup></b></li> <li>- Lateralização (Org. Direita-Esquerda)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Equilíbrio (Eq. Dinâmico)<sup>b</sup></b></li> <li>- Lateralização (Dominância lateral)</li> <li>- Est. Espaço-Temporal / Imitação</li> <li>- Praxia Global (Mot. Global e C. Óculo-Pedal<sup>b</sup>)</li> <li>- C. Cognitivas / N. Espaciais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Noção do Corpo</li> <li>- Praxia Global (C. Óculo-Manual)</li> <li>- Praxia Fina</li> </ul>

<sup>a</sup> Itens que, com a avaliação final, se considera que evoluíram para áreas intermédias da criança.

<sup>b</sup> Itens que, com a avaliação final, se considera que evoluíram para áreas fortes da criança.

De acordo com a observação ao longo do processo de intervenção, registada no POSP e nos relatórios de sessão, bem como as avaliações iniciais e finais, cujas grelhas de avaliação preenchidas podem ser consultadas no Anexo L, de seguida, é realizada para cada criança uma análise do decorrer das sessões de psicomotricidade.

### André

O André mostrou evoluções nos vários domínios psicomotores, exceto nos itens do Equilíbrio Estático e da Organização Direita-Esquerda, em que manteve a cotação de “Falha”. A Noção do Corpo e a Coordenação Óculo-Pedal passaram a ser as áreas mais fortes da criança, encontrando-se as outras numa posição intermédia. Nos comportamentos também se encontraram progressos, principalmente no que respeita à relação interpessoal, ou seja, entre a criança e a psicomotricista.

Nas sessões de psicomotricidade o André necessitou de ser guiado nas tarefas propostas, mas com o evoluir das sessões foi notório um maior interesse, envolvimento e esforço por ser capaz de realizar as tarefas em que tinha mais dificuldade, não desistindo tão facilmente.

Observou-se que a criança ao não querer realizar determinada tarefa, por não ser capaz, não compreender bem o que se pretendia na mesma ou devido à tarefa não ir ao encontro do habitualmente realizado nas sessões, a criança afastava o material para longe, rindo e esperando alguma reação da parte da psicomotricista. Os materiais que afastava eram normalmente os arcos e a bola, sendo esta última um objeto pelo qual revelou sempre um grande interesse. Com o decorrer das sessões e após chamada à atenção, a criança mostrou compreender que não devia ter o referido comportamento, retomando a atividade de imediato. Este comportamento foi diminuindo, sendo que se ocorria em determinada altura e o André era chamado à atenção, não se voltava a repetir, algo que inicialmente não se verificava.

Apesar de algumas evoluções, a criança continuou ainda a mostrar pouca segurança em si mesma, solicitando por vezes de forma não-verbal ajuda física para a realização das tarefas propostas, principalmente ao nível do equilíbrio.

Ao longo das sessões, o André começou a revelar, embora muito pontualmente, a sua capacidade de imaginar e inventar. Por iniciativa própria, fingiu conduzir um carro com um círculo a fazer de volante enquanto contornava pinos, referiu que as pegadas, utilizadas para andar sobre uma linha, eram pegadas de um urso e colocou a boneca articulada a “dormir” na sua casa. Estas iniciativas foram reforçadas e quando não ocorriam a criança era incentivada, por exemplo, a imitar uma cobra e passar por baixo de uma barreira, algo que aumentava o interesse da criança.

Nas últimas sessões, em que foi realizada a avaliação final, o André começou a dizer “Boa!” quando era capaz de realizar determinada tarefa, o que é de valorizar dado que a criança mostrou motivação para realizar corretamente as tarefas que lhe eram propostas, verbalizando um elogio a si própria. Este interesse pelo próprio sucesso nas atividades deve continuar a ser incentivado.

## **Gustavo**

O Gustavo revelou algumas evoluções no que respeita ao Equilíbrio Dinâmico, Coordenação Óculo-Pedal, Coordenação Óculo-Manual e Praxia Fina. Nas áreas mais fracas reveladas pela criança na avaliação inicial (Equilíbrio Estático, Organização Direita-Esquerda, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal/Imitação e Competências Cognitivas/Noções Espaciais), apenas na Noção do Corpo se verificou o progresso num dos itens, sendo que em todos os outros a cotação de “Falha” foi mantida. A Coordenação Óculo-Pedal passou, com a avaliação final a ser considerada a área mais forte da criança, juntamente com a Praxia Fina. Quanto aos comportamentos, o Gustavo revelou ligeiros progressos na relação interpessoal.

Ao longo das sessões de psicomotricidade, o Gustavo foi-se progressivamente adaptando ao ritmo das sessões e respondendo mais à presença da psicomotricista, interessando-se mais, e.g., por receber a bola atirada e a devolver, atividade pela qual revelou um grande entusiasmo. Contudo, em todos os momentos a criança teve de ser orientada, pois se isso não acontecia começava a vaguear pela sala, não mostrando compreender o que se pretendia com a atividade, nem saber para onde se dirigir.

Apesar do pouco envolvimento nas tarefas e do alheamento e passividade demonstradas, com o decorrer das sessões, puderam ser observados pontualmente alguns momentos em que a criança foi capaz de realizar o que lhe era proposto. Salienta-se que um maior sucesso por parte da criança apenas ocorreu em momentos em que esta estava predisposta e interessada no que estava a acontecer, pois se isso não acontecia, o Gustavo contrariava ou ignorava a tarefa que lhe era sugerida. Neste sentido, apesar da estrutura da sessão ser mantida, existiram diversos momentos em que se tornou necessária a realização de adaptações, para que o sucesso fosse atingido a partir das motivações da criança. Para além disso, o tempo de concentração e atenção da criança em cada tarefa também ia sendo respeitado.

O Gustavo revelou ao longo das sessões dificuldade em compreender aquilo que lhe era solicitado de forma verbal, principalmente quando nas solicitações eram introduzidos aspetos diferentes dos habituais. Por consequência, a criança necessitou muitas vezes de ajuda física e de demonstração para ser capaz.

## **Mário**

Com a análise da avaliação inicial e final realizadas, constatou-se que o Mário revelou várias evoluções, exceto nos subdomínios da Dominância lateral, Organização Direita-Esquerda e Motricidade Global. Na avaliação final, constatou-se que a Praxia Fina deixou de ser a única área forte da criança, juntando-se a ela a Noção do Corpo, a Coordenação Óculo-Pedal e a Coordenação Óculo-Manual. Nas áreas mais fracas mantiveram-se a Organização Direita-Esquerda, a Estruturação Espaço-Temporal/Imitação e as Competências Cognitivas/Noções Espaciais. O Equilíbrio, considerado na avaliação inicial uma área fraca da criança, passou a considerar-se uma área intermédia, juntamente com os subdomínios da Dominância lateral e a Motricidade Global. Quanto aos comportamentos, a criança revelou alguns progressos na relação interpessoal e na interação com o ambiente e o material.

Nas sessões de psicomotricidade o Mário necessitou de ser sempre guiado nas tarefas propostas, mas com o evoluir das sessões foi notório um maior envolvimento e esforço por ser capaz de realizar as tarefas em que tinha mais dificuldade, não desistindo ou se aborrecendo tão facilmente. Assim, no sentido de se promover uma maior autonomia, procurou-se a redução das ajudas e pistas fornecidas de uma forma progressiva ao longo do tempo, e de acordo com o desempenho da criança.

Por várias vezes, o Mário iniciou a sessão de psicomotricidade aborrecido e contrariado, por saber que a sessão iria exigir de si algum esforço físico, algo que à partida não é do seu agrado, preferindo a criança atividades menos ativas. Contudo, uma vez envolvido nas tarefas o Mário colaborava. Destaca-se que na fase da sessão relativa ao aquecimento, o Mário foi sempre bastante cumpridor, imitando prontamente o solicitado. Na fase fundamental, por vezes, aborrecia-se se não conseguia realizar a

tarefa do percurso ou não a compreendia, mostrando pouca motivação para repetir e fazer melhor, mas se capaz realizava as tarefas prontamente.

Salienta-se que, ao longo das sessões de psicomotricidade, a cooperação com a psicomotricista aumentou, mas a criança mostrou sempre alguma indiferença para com as atividades sugeridas, sendo muito raras novas iniciativas para além das solicitadas. Numa sessão, a criança revelou interesse pela *fisoball* em determinada altura do percurso, tendo-lhe sido dada a possibilidade de, ao realizar corretamente o solicitado, realizar a fase da sessão do retorno à calma deitando-se nessa bola. Apesar desse interesse pontual, o interesse não perdurou, o que dificultou a utilização da recompensa concreta após o sucesso da criança e de uma forma mais continua. O Mário nunca revelou nas sessões um especial interesse por alguma tarefa ou espaço.

## Rui

Com a análise da avaliação inicial e final realizadas, constatou-se que o Rui evoluiu em todos os domínios e subdomínios do Perfil Psicomotor, exceto na Dominância lateral, que se manteve idêntica. Na avaliação final a criança obteve “Sucesso” em todos os itens da Organização Direita-Esquerda e das Competências Cognitivas/Noções Espaciais, e em mais de metade dos itens da Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal/Imitação, Coordenação Óculo-Pedal e Praxia Fina. Os referidos domínios e subdomínios podem, perante a avaliação final, considerar-se as áreas mais fortes, sendo que os restantes se incluem nas áreas fracas/intermédias. Quanto aos comportamentos, a criança revelou ligeiros progressos na relação interpessoal e da interação com o ambiente e materiais.

O Rui participou nas sessões com interesse e mostrou compreender as instruções dadas. Com o evoluir das sessões passou a tomar mais iniciativas de acordo com os seus interesses, não se cingindo apenas ao que lhe era proposto.

Neste sentido, as iniciativas tomadas, não relacionadas com as tarefas propostas, envolviam o interesse pelos carros de brincar ou pelos puzzles com números e letras, já existentes na sala. No geral, os carrinhos eram apenas utilizados no final da sessão como recompensa concreta ou numa etapa do percurso, tendo de ser transportados para outro local, enquanto a criança realizava a tarefa, por exemplo. Nas sessões em que foi realizada a avaliação final da criança, o seu interesse por realizar puzzles com números e letras aumentou e a grande teimosia e persistência da criança em querer realizá-lo fez com que se acordasse que após a realização de determinadas tarefas a criança teria acesso a mais algumas peças do puzzle, sendo este construído ao longo da sessão e à medida que a criança ia tendo sucesso nas atividades. Desta forma, a motivação e desempenho da criança melhorou bastante. Salienta-se que, no futuro, será importante continuar a trabalhar com a criança no sentido de reduzir a sua dependência de recompensas concretas, sendo estas substituídas gradualmente por elogios verbais e gestos de aprovação.

O Rui revelou desde o início das sessões um grande receio de falhar, recusando-se, por exemplo, a permanecer em equilíbrio estático ou insistindo em lançar a bola para o cesto ou chutá-la para o alvo mais de perto, sendo a própria criança a referir “Não é longe!” e a aproximar o cesto de si ou a aumentar a distância entre os pinos antes de chutar a bola. Nessas situações, a criança revelou uma grande teimosia e persistência. O Rui mostrou, assim, ter consciência daquilo que devia fazer para ter sucesso e também um grande interesse em que isso acontecesse. No entanto, revelou também pouca segurança em si mesmo. Para que não desistisse de imediato perante a sua dificuldade, foram utilizadas algumas estratégias, por exemplo, no caso do Equilíbrio Estático, com a motivação de que após a realização da tarefa poderia fazer ou ter acesso a algo de que gostava e, no caso de encestar, com a colocação de carrinhos de brincar sobre a linha, tendo a criança de se colocar depois destes. O facto de os carrinhos estarem na linha, fez a criança ficar motivada e não dar importância ao facto do cesto estar longe, até determinada distância.

## **Sara**

Com a análise da avaliação inicial e final realizadas, constataram-se algumas evoluções no que respeita à Coordenação Óculo-Pedal, Coordenação Óculo-Manual e Praxia Fina. Nas áreas mais fracas reveladas pela Sara (Equilíbrio Estático, Organização Direita-Esquerda, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal/Imitação e Competências Cognitivas/Noções Espaciais), apenas na Noção do Corpo se verificou o progresso num dos itens, sendo que nos outros a cotação de “Falha” foi mantida. Às áreas mais fortes reveladas pela criança (Motricidade Global, Coordenação Óculo-Pedal e Praxia Fina) juntou-se, com a avaliação final a Coordenação Óculo-Manual. Quanto aos comportamentos, a criança revelou ligeiros progressos ao nível da relação interpessoal.

Ao longo da intervenção, a Sara foi-se adaptando progressivamente ao ritmo das sessões e respondendo mais à presença do outro. Embora muito pontualmente, chegou a procurar a psicomotricista puxando-a para atividades do seu agrado. Contudo, em todos os momentos a Sara teve de ser orientada fisicamente, pois se isso não acontecia abandonava a tarefa dirigindo-se para outro local, não mostrando compreender o que se pretendia com a atividade, nem saber para onde se dirigir.

Apesar do pouco envolvimento nas tarefas e do alheamento, passividade ou oposição demonstradas, o decorrer das sessões de psicomotricidade, puderam ser observados pontualmente alguns momentos em que a criança foi capaz de realizar o que lhe era proposto. Um maior sucesso por parte da criança apenas ocorreu em momentos em que esta estava predisposta e interessada no que estava a acontecer, pois se isso não acontecia, a Sara contrariava ou ignorava a tarefa que lhe era sugerida. Neste sentido, apesar da estrutura da sessão ser mantida, existiram diversos momentos em que se tornou necessária a realização de adaptações, de forma que o sucesso fosse atingido a partir das motivações da criança. Para além disso, o tempo de concentração e atenção da criança em cada tarefa também ia sendo respeitado.

Destaca-se que, nas sessões, a Sara mostrou ser capaz de realizar tarefas exigentes a nível motor, tais como encestar uma bola a uma distância superior a 1m, contudo isso apenas aconteceu num momento. A criança necessitou de ajuda física para se manter na tarefa, de demonstração e que a psicomotricista apontasse para o cesto, devido à sua dificuldade em compreender a solicitação verbal isoladamente. Noutro contexto, de recreio, a criança foi também observada a andar sobre um lancil com naturalidade, contudo, em contexto de sessão nunca andou sobre uma linha. Isto mostra que muitas das capacidades da Sara não foram reveladas nas sessões, devido à sua dificuldade de compreensão dos pedidos que lhe eram feitos e ao seu comportamento considerado em diversas áreas como “Severo” na avaliação realizada.

## **Vítor**

Com a análise da avaliação inicial e final realizadas, constataram-se evoluções em todos os domínios e subdomínios, à exceção dos subdomínios Organização Direita-Esquerda e Motricidade Global. A Noção do Corpo, Coordenação Óculo-Manual e Praxia Fina mantiveram-se como áreas fortes, mas a estas acrescentaram-se, com a avaliação final, o Equilíbrio Dinâmico e a Coordenação Óculo-Pedal. Destaca-se como área mais fraca a Organização Direita-Esquerda, estando todas as outras numa posição intermédia. Quanto aos comportamentos, a criança revelou ligeiros progressos na relação interpessoal e na interação com o ambiente e material.

Nas sessões de psicomotricidade, o Vítor necessitou de ser sempre guiado durante a realização das atividades, mas, na maioria das vezes, mostrou-se cumpridor das tarefas que lhe eram propostas, realizando-as prontamente. Em determinadas situações apenas as realizou adequadamente com demonstração ou indicações verbais simultâneas. Sempre que sentia necessitar de ajuda, a criança solicitava de forma não-verbal ajuda física, colocando a sua mão sobre o ombro da psicomotricista, por iniciativa própria, para andar em marcha controlada ou para saltar, por exemplo. Contudo, para se promover uma maior autonomia da criança, procurou-se a redução

das ajudas e pistas fornecidas de uma forma progressiva ao longo do tempo, e de acordo com o desempenho que o Vítor ia revelando nas tarefas solicitadas.

Com o evoluir das sessões, o Vítor revelou uma maior agitação motora. De facto, principalmente no início das sessões e pontualmente na fase fundamental das mesmas a criança mostrou tendência para começar a rir de forma exagerada e sem motivo aparente, bem como a agitar os braços e correr pela sala, fazendo sons. Contudo, ao ser chamado para a realização das atividades, o Vítor voltava a concentrar-se e, aos poucos, a ficar mais tranquilo e motivado. Apesar da maior agitação, o Vítor nunca revelou comportamentos agressivos nem autoagressivos, algo que, a par da maior agitação revelada nas sessões de psicomotricidade, se verificou noutros contextos, nomeadamente na UEEA, tendo esses comportamentos sido considerados como “Severo” pelas professoras de educação especial na avaliação do Perfil de Comportamento, considerando que se despoletaram sem motivo aparente e podiam ocorrer em qualquer momento ou situação.

Apesar das oscilações comportamentais já referidas, a cooperação com a psicomotricista aumentou e a relação entre ambos foi progredindo. Por vezes, o Vítor mostrou algum alheamento e indiferença para com as atividades sugeridas, contudo ao concentrar-se no solicitado o seu desempenho era bastante positivo.

À exceção do interesse pelo momento final da sessão, a criança nunca revelou um interesse especial por mais alguma tarefa, material ou espaço da sala, nem nunca tomou novas iniciativas para além das solicitadas. O gosto do Vítor pela atividade de retorno à calma, em que geralmente era realizada uma “massagem” à criança com uma bola, era evidente durante a mesma. Para além disso, a criança chegou, durante a realização da fase fundamental da sessão, a dirigir-se para o local destinado à relaxação, mostrando assim o seu gosto pela referida atividade.

### **5.3.2. Reflexão final**

Ao longo do processo de intervenção, e tal como se pode constatar mais detalhadamente nos relatórios de sessão apresentados em anexo, a utilização do movimento e o jogo estiveram presentes, como seria de esperar numa intervenção psicomotora. De acordo com o trabalho desenvolvido pelas psicomotricistas do CRI da APPDA e o que é mais trabalhado na UEEA com as crianças, optou-se por dar prioridade nas sessões à Equilibração, Estruturação Espaço-Temporal/Imitação e Praxia Global, existindo assim um foco nos aspetos menos trabalhados na escola com as crianças. Contudo, salienta-se que o trabalho ao nível dos restantes fatores psicomotores e da cognição, bem como em aspetos relacionais, comportamentais e comunicativos, nunca foi descurado e esteve muito presente em todas as sessões.

De facto, tal como refere Dowell, et al. (2009), intervenções dirigidas a problemas a nível motor nas crianças com PEA podem ser a chave para promover as áreas centrais em défice nesta perturbação. Em todos os casos apresentados observaram-se, nas avaliações realizadas, atrasos nas capacidades motoras e, tal como observado na literatura, encontraram-se dificuldades em coordenar os movimentos e em controlar a força da bola ao chutar ou lançar (Staples & Reid, 2010), bem como problemas no controlo do equilíbrio estático e em atividades com bola, nomeadamente na capacidade de a agarrar (Whyatt & Craig, 2011).

O estudo de Staples & Reid (2010) destaca, além de problemas na locomoção, dificuldades significativas ao nível da destreza manual, contudo na avaliação realizada, este último foi um dos aspetos a nível psicomotor com um aparente maior sucesso, pela observação dos gráficos apresentados. No entanto, tal teve-se ao facto de se terem apresentado às crianças muitas tarefas com idade esperada de aquisição muito reduzida. A Praxia Fina, sendo já trabalhada na UEEA foi raramente desenvolvida nas sessões de psicomotricidade.

Para além da Equilibração e Praxia Global, a Imitação foi também muito promovida, tendo-se observado uma maior limitação a este nível por parte das crianças com menos competências linguísticas, o que está de acordo com o estudo de

Giacomo, et al. (2009). De facto, as crianças sem linguagem verbal, apresentadas neste relatório, não imitaram gestos simples nem ações simples do quotidiano.

No decorrer do estágio foram consideradas estratégias para a intervenção psicomotora com crianças com PEA, abordadas no enquadramento teórico e aplicadas técnicas que, segundo Aragón (2007), podem ser consideradas na intervenção psicomotora: relaxação; o jogo; música; dança. Todas as crianças apresentaram limitações na capacidade de jogo, tal como abordam na literatura Johnson & Myers (2007) e Mastangelo (2009). No jogo as crianças, não revelaram, ou revelavam pouca criatividade, e mostraram muitas dificuldades na imitação, sendo que apenas as duas crianças com Perturbação Global do Desenvolvimento - Sem Outra Especificação começaram a mostrar alguma capacidade de jogo simbólico. Os restantes casos, com Perturbação Autística, mantêm um jogo repetitivo, ritualista e construtivo.

Através do trabalho realizado, verificaram-se alterações positivas no perfil psicomotor e comportamental das crianças, sendo este o objetivo estabelecido inicialmente. Todas as crianças revelaram com a avaliação final alterações nas áreas consideradas como mais fracas, intermédias ou fortes, tendo as alterações mais positivas nas crianças sido nos domínios já referidos como os mais trabalhados nas sessões (Equilíbrio, Estruturação Espaço-Temporal/Imitação e Praxia Global). Contudo, em todos os casos também ocorreram evoluções em itens de outros domínios e subdomínios. Destaca-se que quando na avaliação inicial todos os itens do domínio ou subdomínio foram cotados como “Falha”, na avaliação final tal teve tendência a manter-se. O referido ocorreu nas crianças com Perturbação Autística, sem linguagem verbal, ao nível do Equilíbrio Estático, Organização Direita-Esquerda, Noção do Corpo, Estruturação Espaço-Temporal/Imitação e Competências Cognitivas/Noções Espaciais, assim como na criança com Perturbação Global do Desenvolvimento - Sem Outra Especificação associada a SXF, mas nesta apenas ao nível do Equilíbrio Estático e da Organização Direita-Esquerda.

Ao nível dos comportamentos, todas as crianças revelaram evoluções na relação interpessoal, ou seja, na relação com a psicomotricista. Contudo, também ocorreram em vários casos melhorias na interação com o ambiente e materiais, e noutro caso, a nível sensorial e na linguagem e comunicação.

### **5.3.2. Recomendações para a continuidade da intervenção**

Após todo o processo de intervenção, sugere-se que as crianças continuem a beneficiar de sessões de psicomotricidade, para que o seu desenvolvimento psicomotor continue a ser promovido nos seus vários domínios.

Nos Relatórios Finais de Intervenção (Anexo M) são apresentados os itens em que cada criança revela mais dificuldades ou que ainda não realiza, a nível psicomotor, cognitivo e comportamental. A apresentação destes itens, poderá ser útil como ponto de partida para a intervenção psicomotora no próximo ano letivo e/ou para conhecimento das maiores limitações das crianças nos referidos domínios.

Quanto à tipologia de sessão, propõe-se que a Sara e o Gustavo continuem no próximo ano letivo a beneficiar de sessões de psicomotricidade individuais, devido à atenção constante que necessitam para serem capazes de desempenhar as tarefas solicitadas. O mesmo acontece com o Mário e o Vítor, mas se estes responderem adequadamente à intervenção individual e atingirem alguns pré-requisitos necessários, poderá desenvolver-se um trabalho a pares, devido à importância deste aspeto. Por fim, no que respeita ao André e ao Rui, propõe-se que inicialmente as sessões sejam de carácter individual, mas que com o progredir da intervenção seja possibilitado o trabalho com outra criança.

Considera-se ainda que a existência de mais uma sessão de psicomotricidade de 30 minutos durante a semana seria pertinente, a qual poderia ocorrer em meio aquático ou no âmbito da equitação terapêutica, dado os benefícios já abordados neste relatório.



## **6. Dificuldades e Limitações**

Neste ponto, são indicadas algumas dificuldades e limitações sentidas ao nível dos procedimentos de avaliação, da intervenção e do contacto com a equipa do CRI, professores e familiares das crianças, na EB1/JI Sarah Afonso e restantes escolas.

### **EB1/JI Sarah Afonso**

A grelha de avaliação adaptada e aplicada aos casos apresentados foi de grande utilidade, tendo permitido traçar um perfil psicomotor e de comportamentos bastante detalhado, nos seus vários domínios. A descrição de cada item, quanto ao modo de aplicação e de cotação, realizada da forma o mais objetiva possível, também se revelou muito facilitadora do processo de preenchimento das grelhas. Contudo, com a prática da sua aplicação e trabalho desenvolvido a partir daí, constatou-se um aspeto mais limitativo, que consiste no facto de não ser de esperar que algumas crianças conseguissem alcançar determinados itens devido à sua idade cronológica. Apesar disso, esses itens foram tidos em conta para o preenchimento das grelhas e realização dos gráficos de avaliação inicial e final, o que poderá dar a ideia visual de um perfil mais aquém do que aquilo que pode ser na realidade. Neste sentido, é essencial encontrar uma forma de apresentação de resultados mais justa e correta.

Para se verificarem os comportamentos das crianças noutros contextos, que não a sala de psicomotricidade, solicitou-se o preenchimento da grelha de avaliação relativa ao Perfil de Comportamentos às professoras de educação especial no início e no final da intervenção. Contudo, o mesmo procedimento não foi tomado com as professoras de ensino regular nem com as famílias, o que se considera uma limitação na compreensão dos comportamentos da criança nos seus diversos contextos de vida. Quanto à observação direta das crianças noutros contextos, isso foi possível na UEEA e pontualmente em contexto de recreio, embora nunca tenha sido possível isso ocorrer na hora de almoço ou na sala de aula, o que teria sido enriquecedor.

Quanto ao POSP, este foi aplicado apenas em dois momentos a cada criança, tendo sido útil para o registo de diversos aspetos como as atitudes, comportamentos, desempenho, relação com o outro, com o espaço e com os materiais. No entanto, a reduzida aplicação não permitiu a recolha de dados suficientes para concluir algo em termos evolutivos. Considera-se então que a aplicação do POSP é de grande utilidade por ter poucos mas diversificados itens, sendo de rápido preenchimento. Contudo para o POSP ter de facto peso na avaliação final da criança deverá ser aplicado de uma forma constante ao longo das sessões, o que não se verificou, e ter ainda em conta critérios de cotação mais rigorosos.

As dificuldades e limitações sentidas na própria intervenção psicomotora foram as seguintes: reduzida bibliografia relativa especificamente à intervenção psicomotora com crianças com PEA; a observação de mais progressos pode ter sido comprometida pelo reduzido tempo de intervenção (apenas 30 minutos semanais com cada criança); o tempo de intervenção entre a avaliação inicial e final tornou-se mais reduzido devido ao facto do estágio ter iniciado apenas em janeiro e à opção de se realizarem algumas sessões de intervenção inicialmente, contudo esta opção foi fundamental para um melhor conhecimento das crianças antes de se proceder à avaliação; os materiais disponibilizados foram no geral suficientes, contudo quando isso era sentido como uma limitação procedeu-se à realização de materiais mais personalizados.

Além do referido, considera-se como limitação o contacto estabelecido com a equipa técnica e principalmente com professores do ensino regular e familiares das crianças. De forma informal, existiu partilha de informação com as professoras de educação especial sobre as crianças e algum contacto com a equipa técnica do CRI a intervir na escola, contudo o contacto com professores de ensino regular e famílias foi raro, por falta de oportunidade. De forma mais formal, ao contrário do que seria favorável, não ocorreu nenhuma reunião da equipa do CRI com as professoras da UEEA, apesar de ter sido feito referência a que tal acontecesse. Assim, verificou-se

apenas uma conversa entre a estagiária e as professoras de educação especial, no final do ano letivo, relativamente às sessões de psicomotricidade desenvolvidas.

### **Restantes escolas em que ocorreu intervenção psicomotora**

Nas restantes escolas, apesar de não se apresentarem neste relatório dados concretos da avaliação das crianças, ao longo da intervenção observaram-se ganhos ao nível dos fatores psicomotores, da cognição e autonomia, e também a nível comportamental, comunicativo e na relação com a estagiária e os pares, dependendo de cada criança e do que era mais trabalhado e promovido em cada sessão/contexto.

Nestas escolas, surge como limitação não ter sido possível o contributo da estagiária na avaliação inicial das crianças, pois o estágio iniciou apenas entre dezembro e janeiro, tendo nessa altura esses procedimentos já sido tomados.

Em algumas escolas (EB1/JI da Bobadela, Agrupamento de Escolas Pedro Eanes Lobato e EB2,3 dos Olivais) não são utilizadas grelhas de avaliação, mas apenas feitos relatórios de intervenção no final dos períodos letivos, com informação global acerca do desempenho da criança nas sessões de psicomotricidade. A não utilização de grelhas de avaliação e consequente realização de um Plano de Intervenção pode tornar a avaliação e consequente planificação e intervenção menos rigorosas. Assim, sugere-se que em anos posteriores esse aspeto seja tido em conta. Seria ainda importante que todas as psicomotricistas do CRI se baseassem num mesmo instrumento de avaliação, de forma a uniformizar o processo de avaliação das crianças das diferentes UEEA. Além disso, considera-se que seria interessante a realização de uma base de dados simples em que fossem inseridos por cada técnico os dados relativos às avaliações efetuadas, para tornar mais claros os benefícios da intervenção psicomotora e a fundamentar o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido pelo CRI da APPDA-Lisboa. A utilização de um gráfico como o utilizado pela estagiária no Relatório Final de Intervenção também tornaria mais evidentes as evoluções das crianças a nível psicomotor e comportamental, tanto para professores e técnicos como para as famílias. Este gráfico torna-se de rápida realização, tendo sido já efetuada uma base para elaboração do mesmo e sendo suficiente a inserção de dados.

Como limitação às sugestões de avaliação mencionadas, surge o facto de cada psicomotricista do CRI intervir com muitas crianças, o que condiciona o tempo que teria de ser dispensado para o que é proposto. Como solução, poderiam ser criadas grelhas de avaliação mais simplificadas em que, por exemplo, no caso do Equilíbrio Dinâmico, nos itens relativos aos saltos em apoio unipedal, não fosse feita distinção entre pé direito e esquerdo, ou existissem menos itens no que respeita à Praxia Fina, sendo este um domínio psicomotor que é o menos trabalhado, ou não é trabalhado, nas sessões de psicomotricidade por todas as psicomotricistas do CRI. Na Coordenação Óculo-Manual, os itens relativos a apanhar e encestar a bola poderiam ter um menor detalhe no que respeita às distâncias, existindo esse rigor apenas na descrição dos itens. Apesar destas sugestões, considera-se que foi pertinente e útil a aplicação de uma grelha de avaliação mais completa e detalhada no presente estágio.

Ainda no que respeita a uma futura construção da grelha em psicomotricidade, considera-se ainda importante que esta seja definida em equipa, para que não se sobreponham as funções.

Tendo o presente estágio sido realizado em escolas, este seria o contexto ideal para se verificar a inclusão das crianças e os seus comportamentos e interação com outras crianças e adultos em diferentes contextos da escola, contudo muitas vezes isso não se tornou possível, sendo que o acompanhamento ou observação de crianças em contexto de sala de aula nunca ocorreu e, principalmente nas sessões realizadas em meio aquático (com as crianças da EB1 da Bobadela), o contacto com as crianças apenas ocorreu na piscina. A EB2,3 Pedro Eanes Lobato foi o local de estágio que mais possibilitou a observação das capacidades, interações com os pares e adultos, e comportamentos das crianças noutros contextos, como o recreio, lanche, atividades musicais e plásticas em pequeno grupo e atividades e reuniões em grande

grupo na UEEA. Isto, pois o tempo de permanência da estagiária na unidade foi superior ao tempo destinado às próprias sessões, algo bastante enriquecedor e que se viu limitado nas restantes escolas.

Os tópicos assinalados para a EB1/JI Sarah Afonso quanto à intervenção psicomotora e ao contacto com outros profissionais e famílias, foram semelhantes nos outros locais de estágio, alterando-se o facto de a intervenção ter ocorrido com a duração semanal de 45 minutos ou 1 hora.

## **7. Atividades Complementares**

O estágio no CRI da APPDA não se limitou à dinamização e planeamento de sessões de psicomotricidade, foi ainda possível acompanhar crianças a instalações do CAO da APPDA para que estas, de acordo com o seu PIT, pudessem aprender a desempenhar algumas tarefas como preparação para a vida pós-escolar, no atelier de teares e na lavandaria (EB2,3 dos Olivais). Tornou-se ainda possível a ida com as crianças a um teatro da escola (EB2,3 Pedro Eanes Lobato) e à festa de final de ano letivo e entrega de diplomas (EB1/JI Sarah Afonso). A presença e participação em dinâmicas em grupo nas próprias UEEA também se verificou, assim como o acompanhamento das crianças ao intervalo e em momentos de lanche, existindo interação com as crianças e professoras, o que permitiu conhecer melhor as crianças, criando uma relação mais próxima e compreender o funcionamento das UEEA.

A APPDA-Lisboa promoveu duas formações no presente ano letivo que possibilitaram a participação da estagiária. No dia 22 de dezembro de 2011, decorreu nas instalações da APPDA-Lisboa o seminário “Tecnologias de Apoio”, promovido pelo “Cnotinfor – Centro de Novas Tecnologias para a Informação, Lda”. Na formação foram abordados os símbolos como auxiliares à leitura e escrita, os quais têm uma estrutura clara e poucos detalhes, são universais e permitam um grande vocabulário. No seminário foram apresentadas ferramentas de comunicação aumentativa e alternativa, para a integração de alunos e como forma de estímulo para o desenvolvimento das suas competências.

No dia 2 de abril de 2012, “Dia Mundial da Consciencialização do Autismo”, a APPDA promoveu a sessão comemorativa “Os nossos direitos”, que decorreu na Fundação Calouste Gulbenkian. Os intervenientes foram representantes da Federação Portuguesa de Autismo, pediatras, psiquiatras, técnicos da APPDA, pais com filhos com PEA em situação de escolaridade obrigatória e adultos e jovens com PEA com emprego, que relataram as suas vivências a esse nível. Os temas abordados foram os direitos das pessoas com PEA à saúde e ao diagnóstico, à Intervenção Precoce, à educação, à educação ao longo da vida e ao emprego, ao envelhecimento ativo e à proteção contra a exploração, violência e abuso.

Por fim, como atividade complementar de estágio e por se considerar reduzido o número de publicações relativas à intervenção psicomotora em crianças com PEA, foi realizada uma proposta de artigo, base nas normas de publicação exigidas pela *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad Y Técnicas Corporales*. O artigo, que se encontra no Anexo N, tem como título “Intervenção Psicomotora nas Perturbações do Espectro do Autismo: Um Estudo de Caso” e foi realizado com base no presente relatório e no caso do André (nome fictício).

#### IV. CONCLUSÃO

A escola pode ser vista inicialmente como um lugar assustador e difícil para as crianças com PEA, pois envolve não só a realização de tarefas concretas, ouvir e participar, mas também brincar com os pares e até almoçar com os mesmos. Contudo, com apoio e compreensão estas crianças podem desenvolver-se e atingir sucessos na escola. Para tal, é fundamental a cooperação entre professores do ensino regular, professores de educação especial, técnicos especializados de diferentes áreas (e.g., psicomotricistas, terapeutas da fala, psicólogos) e familiares, para que o trabalho seja desenvolvido por todos com a mesma finalidade. Além disso, é muito importante que os funcionários das escolas e alunos com desenvolvimento típico compreendam o que são as PEA e saibam como lidar com crianças com esta perturbação.

De facto, as crianças passam grande parte do seu dia na escola e esta inevitavelmente acaba por influenciá-las. Assim, para que a influência seja o mais positiva possível, a escola tem de fazer sentido para as crianças com PEA, sendo necessário criar-se um ambiente seguro para as mesmas. Para que tal aconteça, é importante que se compreenda que as crianças com PEA, tal como todas as crianças, têm diferentes capacidades e necessidades, e que se os seus pontos fortes forem considerados e proporcionadas experiências ajustadas a cada caso, a aprendizagem será facilitada, o que ajudará a desenvolver a autoestima e confiança, bem como a diminuir comportamentos desajustados. Além disso, a escola deve criar oportunidades para que as crianças com PEA interajam com outras crianças e adultos.

No presente estágio, para além dos aspetos relacionados com a intervenção psicomotora, de seguida abordados, foi também possível a observação e participação na dinâmica de diversas UEEA, baseadas no modelo TEACCH, e constatar como é essencial retirar-se o máximo partido das áreas mais fortes das crianças com PEA, ou seja, da sua capacidade para memorizar rotinas funcionais, dos seus interesses especiais e da sua aptidão visual. De facto, verificou-se que num ambiente tão organizado e estruturado como as referidas salas, as crianças com PEA sentem-se mais seguras e o processo de aprendizagem é facilitado. Além disso, a autonomia da criança também é promovida, por este ser um ambiente calmo e previsível.

Neste contexto, compreendeu-se o contributo que um psicomotricista pode trazer para as UEEA, para as crianças, os outros profissionais e as famílias. Através da promoção do desenvolvimento psicomotor e da intervenção a nível social, comunicativo e comportamental, o objetivo final de todo o processo de intervenção psicomotora é, de facto, uma maior autonomia por parte da criança, bem como a sua inclusão na escola. O psicomotricista pode também ser essencial na promoção de formações aos professores de ensino regular e auxiliares, sobre PEA e estratégias para lidar com crianças com esta perturbação no dia-a-dia da escola. Este trabalho tem vindo a ser desenvolvido, contudo no que respeita às famílias considera-se que muito mais pode vir a ser feito a este nível, nomeadamente com o fornecimento de informação, estratégias e apoio. De facto, nas várias UEEA o contacto entre psicomotricistas e familiares das crianças foi escasso e, mesmo sendo os benefícios da intervenção visíveis em casa de forma indireta, tornou-se difícil a realização de trabalho continuado pelos pais, tendo estes, na maioria dos casos, apenas acesso a relatórios finais de intervenção e não existindo uma comunicação direta e continua.

No geral, nas escolas em que a estagiária teve a oportunidade de participar ativamente no processo de intervenção psicomotora, constataram-se resultados bastante positivos, tanto em contexto de ginásio e no meio aquático, como ao nível da equitação terapêutica. Os ganhos verificaram-se em cada criança em áreas muito distintas, tendo-se em conta os diferentes contextos de intervenção e o facto de as sessões serem de um-para-um ou em grupo.

Na intervenção psicomotora com crianças com PEA, considera-se que é essencial delinear-se objetivos claros e concretos, sendo que para tal a avaliação psicomotora constitui a forma mais apropriada para o estabelecimento dos referidos objetivos e para o estabelecimento de um perfil individual o mais claro possível, sendo

a base de todo o processo terapêutico. Neste sentido, ao longo do estágio e, mais especificamente, nos casos apresentados, procurou-se dar uma especial atenção a essa etapa da intervenção, detalhando critérios de cotação e, após a avaliação, desenvolver relatórios completos e claros, para uma maior comunicação psicomotricista-UEEA e psicomotricista-família.

Com o processo de intervenção psicomotora desenvolvido nas várias escolas, tornou-se claro que, se por um lado as crianças com PEA revelam limitações motoras, também se tornou evidente que muitas vezes essa limitação é ainda mais comprometida pelas dificuldades a nível social, comportamental e comunicativo das crianças com PEA. De facto, as crianças podem até ser capazes de realizar as tarefas espontaneamente no dia-a-dia, mas no contexto de sessão não o fazerem a pedido, devido a dificuldades na compreensão do que é solicitado ou a problemas de comportamento. Por outro lado, o contrário também se pode verificar, ou seja, com estratégias específicas e personalizadas a criança pode ser capaz de realizar o solicitado na sessão de psicomotricidade, mas no dia-a-dia espontaneamente não o fazer. Assim, torna-se fundamental que as aprendizagens e competências adquiridas no contexto de sessão sejam generalizadas para outros contextos, o que se pode constatar por observação e ação direta.

Muitas vezes, no dia-a-dia e na relação com os pares e adultos a autoconfiança das crianças com PEA fica comprometida, neste sentido, compreendeu-se que as sessões de psicomotricidade podem ser um meio ótimo para que as crianças construam a confiança em si mesmas a partir das suas próprias capacidades e, muitas vezes, na relação com os pares, experimentando a sensação de ser bem-sucedida. De facto, as sessões tornam-se um espaço estruturado, claro e seguro para as crianças, sendo que se por um lado têm regras, por outro também reconhecem o valor de cada criança como única e permitem que estas se expressem e sejam aceites.

As sessões em grupo revelaram-se, assim, uma mais-valia para o trabalho com as crianças, não só a nível psicomotor, mas também social, comunicativo e comportamental, aspetos estes fundamentais a desenvolver nas crianças com PEA. No entanto, nem todas as sessões foram realizadas com duas ou mais crianças, tornando-se, por vezes, essencial realizar primeiro um trabalho apenas entre a psicomotricista e a criança, de forma que uma relação empática e de confiança fosse estabelecida primeiro entre ambos, devido às maiores limitações da criança e à necessidade de um trabalho primeiramente focado nos fatores psicomotores e na relação com a psicomotricista e comportamento na sessão. Nesses casos, após o trabalho psicomotricista-criança e uma melhor adequação às regras sociais, será pertinente desenvolver um trabalho também focado na interação com os pares, o que é fundamental nestas crianças, devido às suas dificuldades relacionais.

Destaca-se a importância que a revisão bibliográfica apresentada neste relatório teve para um maior conhecimento da perturbação e metodologias de intervenção específicas para crianças com PEA, conhecimento este que contribuiu para a intervenção psicomotora com as crianças nas escolas e conclusões sobre a mesma. Além disso, um trabalho efetivo em intervenção psicomotora no CRI da APPDA permitiu aprender com os vários profissionais envolvidos, e interagir e intervir com muitas crianças com PEA, o que foi fundamental para se compreender realmente o conceito de espectro, e como as crianças apresentam limitações distintas, mas também têm muitas capacidades, que devem ser sempre tidas em conta e consideradas no processo de intervenção, de forma a promover o desenvolvimento.

Para terminar, considera-se fundamental para o futuro da intervenção psicomotora nas escolas, com crianças com PEA, que sejam realizadas mais investigações e estudos nesta área, de forma a colmatar a lacuna existente a este nível. Considera-se, então, essencial que a eficácia da intervenção psicomotora neste âmbito seja comprovada, ocorra a validação de instrumentos de avaliação psicomotora para esta população, bem como desenvolvidas e documentadas mais estratégias de intervenção psicomotora a este nível.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adelantado, P. (2007). Psicomotricidad y educación inclusiva. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 7(1), 39-52.
- APA (Ed.). (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-IV-TR)* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- APPDA-Lisboa. (s/d-a). Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo. Retirado a 15 de janeiro de 2012, de <http://www.appda-lisboa.org.pt/index.php>
- APPDA-Lisboa. (s/d-b). *PEP-R: Perfil Psico Educativo - Revisto. Manual*. Lisboa: Manuscrito não publicado, fornecido no âmbito do estágio.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Attwood, T. (2008). An Overview of Autism Spectrum Disorders. In K. D. Buron & P. Wolfberg (Eds.), *Learners on the Autism Spectrum: preparing highly qualified educators* (pp. 19-43). Kansas: Autism Asperger Publishing Co.
- Aviso n.º 22914/2008. D.R. I 2.ª Série. Nº 170 (3 de Setembro de 2008) 38536-38538.
- Barnard, D. L., Knoesen, N., Kotras, N., Horrocks, S., McAlinden, P., Challis, D., & R., O. C. (2007). *Escala de desenvolvimento mental de Griffiths - Extensão revista - Dos 2 aos 8 anos*. Lisboa: CEGOC - Investigação e Publicações Psicológicas.
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34, 174-183.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Bass, M. M., Duchowny, C. A., & Llabre, M. M. (2009). The effect of therapeutic horseback riding on social functioning in children with autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*(39), 1261-1267.
- Bauman, M. L. (2010). Medical comorbidities in autism: Challenges to diagnosis and treatment. *Neurotherapeutics*, 7(3), 320-327.
- Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *SGS II - Escala de avaliação de competências no desenvolvimento infantil*. Lisboa: CEGOG-TEA.
- Blair, K. C., Lee, I., Cho, S., & Dunlap, G. (2010). Positive behavior support through family-school collaboration for young children with autism. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(1), 22-36.
- Bondy, A. S., & Frost, L. A. (1994). The picture exchange communication system. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 9(3), 1-19.
- Bonneville, D. (2000). Apport de la méthode TEACCH en psychomotricité. *Évolutions Psychomotrices*, 12(49), 115-120.
- Bottini, P. L. (2005). Psicomotricidad y autismo. Una praxis "compleja" para un complejo transtorno. In J. Tallis (Ed.), *Autismo infantil: Lejos de los dogmas* (pp. 159-184). Madrid: Miño y Dávila Editores.

Boyd, B. A., Odom, S. L., Humphreys, B. P., & Sam, A. M. (2010). Infants and toddlers with Autism Spectrum Disorder: Early identification and early intervention. *Journal of Early Intervention*, 32, 75-98.

Brun, A. (2009). Médiation de l'eau & autism. *Thérapie Psychomotrice*, 159, 16-27.

CDC. (2009). Prevalence of Autism Spectrum Disorders - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006. *Morbidity and Mortality Weekly Report*.

Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2005). Pervasive developmental disorders in preschool children: confirmation of high prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1133-1141.

Crawford, D. C., Acunã, J. M., & Sherman, S. L. (2001). FMR1 and the fragile X syndrome: Human genome epidemiology review. *Genetics IN Medicine*, 3(5), 359-351.

Decreto-Lei nº 3/2008. D.R. I 1.ª Série. Nº 4 (7 de Janeiro de 2008) 154-164.

Despacho nº 13170/2009. D. R. I 2ª Série. 108 (4 de Junho de 2009) 22467-22472.

DGIDC. (2007). Centro de recursos para a inclusão - Reorientação das escolas especiais. Retirado de [www.dgfdc.min-edu.pt/educacaoespecial/data/.../cri\\_reorientacao.pdf](http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaoespecial/data/.../cri_reorientacao.pdf)

DGIDC. (2008). *Unidades de ensino estruturado para alunos com Perturbações do Espectro do Autismo - Normas orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação e DGIDC.

Dowell, L. R., Mahone, E. M., & Mostofsky, S. H. (2009). Associations of postural knowledge and basic motor skill with dyspraxia in autism: implication for abnormalities in distributed connectivity and motor learning. *Neuropsychology*, 23(5), 563-570.

DRELVT. (2011). Lista de unidades da Direção Regional de Educação de Lisboa e Vale do Tejo. Retirado em 23 de Julho de 2012, de <http://www.dgfdc.min-edu.pt/educacaoespecial/index.php?s=directorio&pid=47>

Dziuk, M. A., Larson, J. C. G., Apostu, A., Mahone, E. M., Denckla, M. B., & Mostofsky, S. H. (2007). Dyspraxia in autism: Association with motor, social and communicative deficits. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49(10), 734-739.

Ecker, C., Marquand, A., Mourão-Miranda, J., Johnston, P., Daly, E. M., Brammer, M. J., . . . Murphy, D. G. M. (2010). Describing the Brain in Autism in Five Dimensions-Magnetic Resonance Imaging-Assisted Diagnosis of Autism Spectrum Disorder Using a Multiparameter Classification Approach. *The Journal of Neuroscience*, 30(32), 10612-10623.

Fernández, A. (Ed.). (2008). *Psicomotricidad – Fundamentación teórica y orientaciones prácticas*. Santander: Universidade de Cantabria.

Folio, M. R., & Fewell, R. R. (2000). *Peabody Development Scale* (2ª ed.). Texas: Pro-ed.

Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora - Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Fournier, K. A., Hass, C. J., Naik, S. K., Lodha, N., & Cauraugh, J. H. (2010). Motor Coordination in Autism Spectrum Disorders: A Synthesis and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 40, 1227-1240.

Freire, H. (2006). Ponies as facilitators in therapeutic horse riding. *XII International Congress of Therapeutic Riding* (pp. 135-140). Brasília: ANDE-Brasil.

Frost, L., & Bondy, A. (2011). *A clear picture: The use and benefits of PECS*. Pyramid Educational Consultants. Retirado de <http://www.pecs.com/webcasts/ClearPictureHandout.pdf>

Gabriels, R. L., Agnew, J. A., Holt, K. D., Shoffner, A., Zhaoxing, P., Ruzzano, S., . . . Mesibov, G. (2012). Pilot study measuring the effects of therapeutic horseback riding on school-age children and adolescents with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 578-588.

Garber, K. B., Visootsak, J., & Warren, S. T. (2008). Fragile X syndrome. *European Journal of Human Genetics*, 16, 666-672.

Geschwind, D. H. (2011). Genetics of autism spectrum disorders. *Trends in Cognitive Sciences*, 15(9), 409-416.

Giacomo, A., Portoghese, C., Martinelli, D., Fanizza, I., L'Abate, L., & Margari, L. (2009). Imitation and communication skills development in children with pervasive developmental disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 5, 355-362.

Gillberg, C. (2006). Autism spectrum disorders. In C. Gillberg, R. Harrington & H. C. Steinhausen (Eds.), *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry* (pp. 447-488). Cambridge: Cambridge University Press.

Gray, C., & White, A. L. (2002). *My Social Stories Book*. Jessica Kingsley Publishers. Retirado de [http://books.google.pt/books/about/My\\_Social\\_Stories\\_Book.html?id=s3sLQBW6JkC&redir\\_esc=y](http://books.google.pt/books/about/My_Social_Stories_Book.html?id=s3sLQBW6JkC&redir_esc=y)

Greenspan, S. (2001). The affect diathesis hypothesis: the role of emotions in core deficit in autism and the development of intelligence and social skills. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 5(1), 1-44.

Greenspan, S. I., & Wieder, S. (1999). A functional developmental approach to autistic spectrum disorders. *JASH*, 24(3), 147-161.

Gutiérrez, N. C. (2007). Programa psicopedagógico en el medio acuático para personas com autismo: experiencia práctica. *Campo Abierto*, 26(2), 139-153.

Hamilton, A. F. C., Brindley, R. M., & Frith, U. (2007). Imitation and action understanding in autistic spectrum disorders: How valid is the hypothesis of a deficit in the mirror neuron system? *Neuropsychologia*, 45, 1859-1868.

Happé, F. (2003). Theory of mind and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1001, 134-144.

Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5-25.



Hendren, R. L. (2003). Contributos da Psiquiatria In S. Ozonoff, S. Rogers & R. Hendren (Eds.), *Perturbações do espectro do autismo - Perspectivas de investigação actual* (pp. 59-76). Lisboa: Climepsi Editores.

Henry, C., & Jacquart, P. (2009). Prémisses d'une recherche sur les signes. *Thérapie Psychomotrice*, 158, 84-91.

Herbert, M. (2008). Treatment - Guided research - Helping people now with humility, respect and boldness. *Autism Advocate - Autism Society of America*, 1, 8-14.

Hernandez, R. N., Feinberg, R. L., Vaurio, R., Passanante, N. M., Thompson, R. E., & Kaufmann, W. E. (2009). Autism spectrum disorder in fragile x syndrome: A longitudinal evaluation. *American Journal of Medical Genetics*, 149(6), 1125–1137.

ICDL. (2007). *DIR/Floortime Model*. The Interdisciplinary Council on developmental and Learning Disorders. Retirado de <https://secure3.convio.net/pch/assets/pdfs/a-functional-developmental-approach-to-autistic-spectrum-disorders.pdf>

IGE. (2011). Educação especial: Respostas educativas - Relatório 2010-2011. Retirado a 23 de Julho de 2012, de [http://www.ige.min-edu.pt/upload/Relatorios/EE\\_2010-2011\\_RELATORIO.pdf](http://www.ige.min-edu.pt/upload/Relatorios/EE_2010-2011_RELATORIO.pdf)

Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215.

Jones, W., Carr, K., & Klin, A. (2008). Absence of preferential looking to the eyes of approaching adults predicts level of social disability in 2-year-old toddlers with autism spectrum disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(8), 946-954.

Jordan, R. (2008). Autistic spectrum disorders: a challenge and a model for inclusion in education. *British Journal of Special Education*, 35(1), 11-15.

Klin, A., Lin, D., Gorrindo, P., Ramsay, G., & Jones, W. (2009). Two-year-olds with autism orient to nonsocial contingencies rather than biological motion. *Nature*, 459(7244), 257-261.

Klinta, C. (2001). *Autoconfiança, comunicação e alegria no movimento: Através dos movimentos de Sherborne - "Relation Play"*. São José dos Campos: Univap.

Landa, R., & Garrett-Mayer, E. (2006). Development in infants with autism spectrum disorders: A prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 629-638.

Lauhirat, A. (2006). Equestrian Psychomotor Activity. *XII International Congress of Therapeutic Riding* (pp. 351-354). Brasília: ANDE-Brasil.

Lear, K. (2004). Ajude-nos a Aprender - Um programa de treinamento em ABA (Análise do Comportamento Aplicada) em ritmo auto-estabelecido. Retirado de <http://pt.scribd.com/doc/32334159/Manual-ABA>

Lei nº49/2005. D. R. I 1ª Série - A. Nº 166 (30 de Agosto de 2005) 5122-5138.

Leplat, F. (2005). *De L'Examen Psychomoteur au Protocole*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.

Lermontov, T. (Ed.). (2004). *Psicomotricidade na equoterapia*. São Paulo: Idéias e Letras.

Levy, S. E., Mandell, D. E., & Schultz, R. T. (2009). Autism. *Lancet*, 374, 1627-1638.

Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., . . . Lainhart, J. E. (2006). Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 849-861.

Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003a). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidade y Técnicas Corporales*, 10, 11-22.

Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003b). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.

Mastangelo, S. (2009). Harnessing the power of play - Opportunities for children with autism spectrum disorders. *Teaching Exceptional Children*, 42(1), 34-44.

Matson, J. L., Kozlowski, A. M., & Matson, M. M. (2012). Speech deficits in persons with autism: Etiology and symptom presentation. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 573-577.

Matson, J. L., Rieske, R. D., & Tureck, K. (2011). Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: Review of available instruments. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1319-1326.

Mostofsky, S. H., Burgess, M. P., & Larson, J. C. (2007). Increased motor cortex white matter volume predicts motor impairment in autism. *Brain*, 130, 2117-2122.

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., & T., M. M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología* 50(3), S77-S84.

Myers, S. M., & Johnson, C. P. (2007). Management of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1162-1182.

Newschaffer, C. J., Croen, L. A., Daniels, J., Giarelli, E., Grether, J. K., Levy, S. E., . . . Windham, G. C. (2007). The Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. *Annual Review of Public Health*, 28, 235 - 258.

NIMH. (2011). A Parent's Guide to Autism Spectrum Disorder. Retirado de <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/a-parents-guide-to-autism-spectrum-disorder/parent-guide-to-autism.pdf>

Nordahl, C. W., Dierker, D., Mostafavi, I., Schumann, C. M., Rivera, S. M., Amaral, D. G., & Van Essen, D. C. (2007). Cortical folding abnormalities in autism revealed by surface-based morphometry. *The Journal of Neuroscience*, 27, 11725-11735.

Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., S. Miguel, T., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., . . . Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49, 726-733.

- Ortega, J., & Obispo, J. (Eds.). (2007). *Manual de psicomotricidade (teoría, exploración, programación y práctica)*. Madrid: Ediciones la Tierra Hoy.
- Overcash, A., Horton, C., & Bondy, A. (2010). The Picture Exchange Communication System - Helping individuals gain functional communication. *Autism Advocate*, 3, 21-24.
- Ozonoff, S., & Rogers, S. (2003). De Kanner ao milénio - Avanços científicos que moldaram a prática. In S. Ozonoff, S. Rogers & R. Hendren (Eds.), *Perturbações do espectro do autismo - Perspectivas de investigação actual* (pp. 25-56). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ozonoff, S., Pennington, B., & Rogers, S. (1991). Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32(7), 1081-1105.
- Pellicano, E. (2010). Individual differences in executive function and central coherence predict later understanding Of mind In autism. *Developmental Psychology*, 46, 530-544. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20210511>
- Perrin, J., & Laranjeira-Heslot, C. (2009). L'Evaluation Psychomotrice dans le cadre du diagnostic précoce de l'autisme et des TED. *Thérapie Psychomotrice*, 158, 92-105.
- Petot, D. (2008). L'autisme infantile et les syndromes voisins *L' Evaluation en psychopathologie de l'enfant* (2<sup>a</sup> ed., pp. 467-486). Paris: Dunod.
- Phagava, H., Muratori, F., Einspieler, C., Maestro, S., Apicella, F., A., G., . . . Cioni, G. (2008). General movements in infants with autism spectrum disorders. *Georgian Medical News*, 156, 100-105.
- Planche, P. (2010). La réaction à la nouveauté: Un indice de dépistage precoce de l'autisme? *Annales Médico-Psychologiques*, 168, 578-583.
- Portaria nº 98/2011. D. R. I 1.<sup>a</sup> Série. Nº 8 (8 de Março de 2011) 1343.
- Press, C., Richardson, D., & Bird, G. (2010). Intact imitation of emotional facial actions in autism spectrum conditions. *Neuropsychologia*, 48, 3291-3297.
- Prichard, E. A. (2004). Book review - Families and positive behavior support: Addressing problem behavior in family contexts by Joseph M. Lucyshyn, Glen Dunlap and Richard W. Allen. *Journal on developmental Disabilities*, 11(1), 93-96.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancampfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Provost, B., Lopez, B. R., & Heimerl, S. (2007). A comparison of motor delays in young children: Autism spectrum disorder, developmental delay, and developmental concerns. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 321-328.
- Rogers, S. J., & Williams, J. H. G. (2006). Imitation in Autism - findings and controversies. In S. J. Rogers & J. H. G. Williams (Eds.), *Imitation and the Social Mind: Autism and Typical Development* (pp. 277-309).

- Sams, M. J., Fortney, E. V., & Willenbring, S. (2006). Occupational therapy incorporating animals for children with autism: A pilot investigation. *American Occupational Therapy Association*, 60(3), 268-274.
- Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., & Marcus, L. M. (1990). *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. USA: Pro-ed.
- Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., & Marcus, L. M. (2004). *Psychoeducational Profile Third Edition (PEP-3)*. USA: Pro-ed.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.
- Smith, T., & Eikeseth, S. (2011). O. Ivar Lovaas: Pioneer of Applied Behavior Analysis and intervention for children with autism. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 41, 375-378.
- Staples, K. L., & Reid, G. (2010). Fundamental movement skills and autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 209-217.
- Sun, X., & Allison, C. (2009). A review of the prevalence of autism spectrum disorder in Asia. *Research in Autism Spectrum Disorders* (4), 156-167.
- Teitelbaum, P., Teitelbaum, O., Nye, J., Fryman, J., & Maurer, A. R. (1998). Movement analysis in infancy may be useful for early diagnosis of autism. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 95, 13982-13987.
- TheHananCentre. (2011). More than words — The hanen program for parents of children with autism spectrum disorder. Retirado a 2 Julho 2012, de <http://www.hanen.org/Hanen-Programs/Programs-For-Parents/More-Than-Words-Parent-Program.aspx>
- Thrum, A., Soorya, L., & Wagner, A. (2007). Evaluation and testing for autism. In E. Hollander & E. Anagnostou (Eds.), *Clinical manual for the treatment of autism* (pp. 27-50). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Tomchek, S. D., & Dunn, W. (2007). Sensory processing in children with and without autism: A comparative study using the Short Sensory Profile. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 190-200.
- Vieira, J. L., Batista, M., & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: A teoria de uma prática* (2ª ed.). Curitiba: Filosofart.
- Vismara, L. A., & Rogers, S. J. (2010). Behavioral Treatments in Autism Spectrum Disorder: What Do We Know? *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 447-468.
- Volkmar, F. R., & Woodbury-Smith, M. (2007). Clinical diagnosis of autism. In E. Hollander & E. Anagnostou (Eds.), *Clinical manual for the treatment of autism* (pp. 1-26). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Werder, J. K., & Bruininks, R. H. (1988). *Body skills - A motor development curriculum for children manual*. EUA: American Guidance Service.

Whyatt, C. P., & Craig, C. M. (2011). Motor skills in children aged 7-10 years, diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism Developmental Disorders*, 42(9), 1799-1809.

Wilkinson, K., & Twist, L. (2010). Autism and educational assessment: UK policy and practice. Retirado de <http://www.nfer.ac.uk/nfer/publications/ASR02/ASR02.pdf>

Yerys, B. E., Wallace, G. L., Sokoloff, J. L., Shook, D. A., James, J. D., & Kenworthy, L. (2009). Attention deficit/hyperactivity disorder symptoms moderate cognition and behavior in children with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 2, 322-333.

Yilmaz, I., Yanarda, M., Birkan, B., & Bumin, G. (2004). Effects of swimming training on physical fitness and water orientation in autism. *Pediatrics International*, 46, 624-626.

Zafeiriou, D. I., Ververi, A., & Vargiami, E. (2007). Childhood autism and associated comorbidities. *Brain & Development*, 29, 257-272.

Zimmer, M., & Molloy, C. A. (2007). Complementary and alternative therapies for autism. In E. Hollander & E. Anagnostou (Eds.), *Clinical manual for the treatment of autism* (pp. 259-288). Washington: American Psychiatric Publishing.

# **ANEXOS**

**Para aceder aos restantes anexos, contactar autora do relatório**

## **ANEXO G**

### **Grelha de Observação – Perfil Psicomotor e Comportamental: Descrição, Critérios de Cotação e Idade Esperada de Aquisição**



APPDA-Lisboa

Universidade Técnica de Lisboa — Faculdade de Motricidade Humana  
Centro de Recursos para a Inclusão da APPDA-LISBOA



Nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Escola: \_\_\_\_\_ Ano de escolaridade: \_\_\_\_\_  
Responsável pela observação: \_\_\_\_\_  
Data da observação inicial: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data da observação final: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### GRELHA DE OBSERVAÇÃO – PERFIL PSICOMOTOR E COMPORTAMENTAL (GOPPC)

As seguintes grelhas de observação dizem respeito ao Perfil Psicomotor do avaliado, bem como ao seu Perfil de Comportamento.

O Perfil Psicomotor pressupõe um sistema de cotação em três níveis de desempenho:

- **Sucesso (S):** A criança realiza a atividade com sucesso.
- **Emergente (E):** A criança realiza parte da atividade necessitando de ajuda ou de demonstrações.
- **Falha (F):** A criança não realiza a atividade, mesmo com ajuda ou após demonstrações.

A última grelha de avaliação refere-se à observação do comportamento do avaliado e nela encontram-se os seguintes níveis de classificação:

- **Adequado (A):** O comportamento da criança é adequado.
- **Ligeiro (L):** O comportamento da criança é ligeiramente ou moderadamente desadequado.
- **Severo (S):** A qualidade, a intensidade e as manifestações do comportamento são claramente exageradas e perturbadoras; os comportamentos são bizarros e desadaptados sem qualquer equívoco.

No caso de determinado item não ser cotado, deve ser assinalado através das seguintes siglas:

- **Não observado (NO):** Quando o item não é observado, por motivos diversos.
- **Não verbaliza (NV):** A cotar quando a criança não tem comunicação verbal.

O cabeçalho e os espaços correspondentes à verificação de cada item apresentado devem ser preenchidos. Além disso, devem ainda ser adicionadas as observações necessárias no respetivo espaço reservado.

A descrição detalhada de cada item desta grelha de avaliação deve ser consultada durante o seu preenchimento.

No final, deve proceder-se à realização de um gráfico resumo de cada domínio e efetuar-se um descritivo da observação do desempenho da criança, seguida de uma análise de resultados.

**Autores:**

Maria, I., Sousa, H., Aniceto, H., Neto, I., Freitas, D., Teixeira, S., Gonçalves, I., Lebre, P. (2012)



## PERFIL PSICOMOTOR

1. TONICIDADE							
Avaliação Inicial				Avaliação Final			
Hipotônico	Eutônico	Hipertônico	OBSERV.	Hipotônico	Eutônico	Hipertônico	OBSERV.

2. EQUILIBRAÇÃO									
		Avaliação Inicial				Avaliação Final			
2.1. Equilíbrio Estático		S	E	F	OBSERVAÇÕES	S	E	F	OBSERVAÇÕES
Mantém-se em apoio retilíneo									
Mantém-se na ponta dos pés com os olhos abertos									
Mantém-se em apoio unipedal com olhos abertos									
Mantém-se na ponta dos pés com olhos fechados e pés juntos									
Mantém-se em apoio unipedal com olhos fechados									
Equilíbrio Dinâmico		S	E	F	OBSERVAÇÕES	S	E	F	OBSERVAÇÕES
2.2. Salta a pés juntos em altura									
2.3. Salta a pés juntos para baixo									
2.4. Salta barreiras a pés juntos	20cm								
	30cm								
	40cm								
2.5. Salta com um pé no local									
2.6. Salta a pés juntos	Frente								
	Trás								
	Lado								
2.7. Salta em apoio unipedal	Frente	D							
		E							
	Trás	D							
		E							
2.8. Atravessa o banco sueco	Frente								
	Trás								
	Lado								
2.9. Anda sobre uma linha	Frente								
	Trás								
2.10. Realiza uma marcha controlada									

3. LATERALIZAÇÃO									
	Avaliação Inicial					Avaliação Final			
Dominância lateral	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
3.1. Lateralização ocular									
3.2. Lateralização auditiva									
3.3. Lateralização manual									
3.4. Lateralização pedal									
Organização direita-esquerda	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
3.5. Reconhece a direita e esquerda em si									
3.6. Reconhece a direita e esquerda entre objetos									
3.7. Reconhece a direita e esquerda nos outros									

4. NOÇÃO DO CORPO									
	Avaliação Inicial					Avaliação Final			
	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
4.1. Aponta partes do seu corpo									
4.2. Nomeia partes do seu corpo									
4.3. Refere partes do seu corpo									
4.4. Identifica partes do corpo de um boneco									
4.5. Identifica partes do corpo do outro									
4.6. Junta peças com partes do corpo para formar um boneco									
4.7. Desenho do corpo									

5. ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO									
	Avaliação Inicial					Avaliação Final			
	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
5.1. Noção de tempos socializados									
5.2. Imita ações do cotidiano									
5.3. Imita gestos simples									
5.4. Imita gestos complexos em espelho									
5.5. Lança uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que a bola deve bater no chão									
5.6. Estruturação rítmica									
5.7. Adaptação do movimento ao ritmo rápido e lento e à ausência de ritmo									
5.8. Representação topográfica									

6. PRAXIA GLOBAL									
	Avaliação Inicial					Avaliação Final			
Motricidade global	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
6.1. Rasteja									
6.2. Gatinha									
6.3. Anda coordenadamente									
6.4. Corre coordenadamente									
Coord.óculo-pedal	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
6.5. Chuta a bola indiscriminadamente									
6.6. Chuta a bola diretamente para um alvo									
6.7. Conduz a bola dentro dos limites de uma zona definida									
6.8. Sobe escadas com pés alternados									
6.9. Desce escadas com pés alternados									
6.10. Contorna pinos									
6.11. Contorna pinos conduzindo a bola com o pé									
Coord.óculo-manual	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
6.12. Lança a bola indiscriminadamente									

6.13. Apanha uma bola	1 m								
	2 m								
	3 m								
6.14. Lança uma bola a um alvo com 2 mãos	Por cima								
	Por baixo								
6.15. Lança uma bola a um alvo com 1 mão	Por cima								
	Por baixo								
6.16. Encesta uma bola de ténis	0,5 m								
	1 m								
	1,5 m								
	2 m								
	2,5 m								
6.17. Dribla a bola	No local								
	Em andamento								
	Contornando pinos								

7. PRAXIA FINA											
		Avaliação Inicial									
		S	E	F	OBSERVAÇÕES						
7.1. Encaixa peças com tamanhos e formas diferentes											
7.2. Empilha pequenos objetos											
7.3. Desenrosca											
7.4. Enrosca											
7.5. Enfia 6 contas num fio	Sem modelo										
	Com modelo										
7.6. Desabotoa botões											
7.7. Abotoa botões											
7.8. Faz um nó											
7.9. Utiliza a pinça fina											
7.10. Traça labirinto com lápis											
7.11. Traça linha sobre o pontilhado de uma linha ondulada											
7.12. Faz uma bola com papel											
7.13. Toca com o polegar nas pontas dos dedos (tamborilar)											

8. COMPETÊNCIAS COGNITIVAS / NOÇÕES ESPACIAIS									
	Avaliação Inicial					Avaliação Final			
	S	E	F	OBSERVAÇÕES		S	E	F	OBSERVAÇÕES
8.1. Noção de cima/baixo									
8.2. Noção de frente/atrás									
8.3. Noção de dentro/fora									
8.4. Noção de grande/pequeno									
8.5. Noção de alto/baixo									
8.6. Noção de longo/curto									
8.7. Noção de longe/perto									
8.8. Associa objetos da mesma cor									
8.9. Identifica 5 cores									
8.10. Nomeia 5 cores									
8.11. Identifica formas geométricas									
8.12. Repete frases curtas									
8.13. Repete frases simples									
8.14. Repete frases complexas									
8.15. Reconhece expressões faciais, sentimentos e emoções									

## PERFIL DE COMPORTAMENTO

COMPORTAMENTO						
	Avaliação Inicial			Avaliação Final		
	A	L	S	A	L	S
1. Relação Interpessoal						
1.1. Mostra objetos que tem na mão						
1.2. Agarra/escolhe/apanha um objeto e mostra-o ao outro						
1.3. Reação ao contacto físico						
1.4. Inicia interação social						
1.5. Reação à voz do adulto						
1.6. Contacto visual						
1.7. Afetividade						
1.8. Consciência da presença do outro						
1.9. Cooperação nas atividades						
1.10. Tolerância a interrupções						
1.11. Sabe significado do "Não"						
1.12. Brinca com pares						
1.13. Cumprimenta à chegada e à saída						
1.14. Reciprocidade no jogo						
1.15. Motivação por elogios						

<b>2. Ambiente / Material</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>
2.1. Exploração do ambiente						
2.2. Exploração do material						
2.3. Comportamento durante as atividades						
2.4. Capacidade de atenção						
2.5. Motivação por recompensas concretas						
2.6. Motivação por recompensas intrínsecas						
2.7. Brinca sozinho adequadamente						
2.8. Aceita mudar de tarefas sem dificuldade						
2.9. Recorre a tentativa/erro para se corrigir						
2.10. Trabalha nas tarefas referentes à sua idade desenvolvimental com persistência						
<b>3. Sensorial</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>
3.1. Reação aos sons						
3.2. Reação às cócegas						
3.3. Sensibilidade visual						
3.4. Sensibilidade auditiva						
3.5. Interesse pelas texturas						
3.6. Interesse gustativo						
3.7. Interesse olfativo						
<b>4. Linguagem e Comunicação</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>
4.1. Expressa necessidades, desejos e preferências						
4.2. Jargão ou linguagem idiossincrática						
4.3. Ecolália diferida						
4.4. Ecolália imediata						
4.5. Utilização de pronomes						
4.6. Inteligibilidade da linguagem						
4.7. Comunicação espontânea						
4.8. Reciprocidade no diálogo						
<b>5. Outros Comportamentos</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	<b>L</b>	<b>S</b>
5.1. Comportamentos de autoagressão						
5.2. Comportamentos de heteroagressão						
5.3. Comportamentos de birra/disrupção						
5.4. Comportamentos de autoestimulação sexual						
5.5. Comportamentos bizarros						
5.6. Gestos estereotipados, movimentos e maneirismos motores.						

## DESCRIÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO

Este instrumento de avaliação foi realizado com base noutros instrumentos que avaliam o desenvolvimento psicomotor da criança (Bateria Psicomotora, Exploración Psicomotriz, L' Examen Psychomoteur: Enfants à partir de 6 ans), o desenvolvimento infantil em diversas áreas de competências (Schedule of Growing Skills, Escala de Desenvolvimento Mental de *Griffiths*), o desenvolvimento motor da criança (Body Skills: A Motor Development Curriculum for Children, Peabody: Developmental Motor Scale) e, mais especificamente, o desenvolvimento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (*Psychoeducational Profile Revised - PEP-R, Psychoeducational Profile Third Edition - PEP-3*).

No final deste documento, são apresentadas as idades esperadas de realização de alguns itens desta grelha de avaliação, com base nos vários instrumentos já referidos, bem como as referências bibliográficas consultadas.

De seguida, encontra-se uma descrição de cada item da grelha de avaliação, no que respeita ao Perfil Psicomotor e de Comportamentos. Para os itens do Perfil Psicomotor, indica-se o material necessário, o procedimento a tomar na aplicação da tarefa e os critérios a ter em conta ao nível da cotação do item. Nos itens do Perfil de Comportamentos apresentam-se observações a ter em conta na avaliação e também os critérios a considerar na sua cotação.

### PERFIL PSICOMOTOR

#### **1. TONICIDADE**

Material: Nenhum

Procedimento: Verificar na criança o nível de extensibilidade dos membros superiores e inferiores (maior comprimento possível que se pode imprimir num músculo afastando as suas inserções), a passividade (capacidade de relaxação passiva dos membros e extremidades perante mobilizações e oscilações induzidas pelo observador) e a paratonia (resistência involuntária durante o movimento passivo).

Cotação: - *Hipotónico:* Criança com um maior nível de extensibilidade, uma maior passividade e que não oferece resistência aos movimentos passivos;

- *Eutónico:* Criança com adequados níveis de extensibilidade, passividade e paratonia;

- *Hipertónico:* Criança com menores níveis de extensibilidade, com maior rigidez muscular e que oferece resistência aos movimentos passivos.

#### **2. EQUILIBRAÇÃO**

##### **2.1. Equilíbrio estático**

Material: Nenhum

Procedimento: No apoio retilíneo, pede-se à criança que ponha as mãos nos quadris e coloque um pé no prolongamento exato do outro, estabelecendo o contacto com o calcanhar de um pé com a ponta do contrário. Na manutenção do equilíbrio da ponta dos pés, a criança deve colocar os pés juntos e manter-se em equilíbrio no terço anterior dos mesmos. No equilíbrio unipedal, a criança deve colocar as mãos nos quadris e elevar um pé, permanecendo nessa posição.

Cotação: - *Sucesso:* Mantém-se em equilíbrio estático (apoio retilíneo, ponta dos pés e apoio unipedal) durante pelo menos 10 segundos, revelando um bom controlo postural; admitem-se alguns ajustamentos posturais;

- *Emergência:* Mantém-se em equilíbrio entre 2-10 segundos, revelando dificuldades de controlo e disfunções vestibulares; frequentes movimentos associados;

- *Falha:* Fica menos de 2 segundos em equilíbrio ou não realiza tentativas para efetuar a prova.

##### **2.2. Salta a pés juntos em altura**

Material: Nenhum

Procedimentos: Mostre como é que saltamos a pés juntos. Indique à criança que ela deve fazer o mesmo. Pode cotar-se como “Sucesso” se a criança salta a pés juntos em algum outro momento do teste.

Cotação: - *Sucesso:* Salta a pés juntos (os dois pés devem deixar o solo no mesmo instante);

- *Emergência:* Tenta sem sucesso saltar a pés juntos (dobra os joelhos mas sem deixar o solo, salta sobre um pé ou aterra sobre um pé);

- *Falha:* Não tenta saltar.

### **2.3. Salta a pés juntos para baixo**

Material: Banco

Procedimento: Colocar a criança em cima de uma plataforma estável com cerca de 20 cm de altura e dizer “salta para o chão a pés juntos”.

Cotação: - *Sucesso:* Salta sem ajuda e com os dois pés ao mesmo tempo;

- *Emergência:* Salta sem ajuda, mas inicia o salto a um pé e receciona com os dois ou inicia com dois pés mas desequilibra-se na receção ao solo;

- *Falha:* Necessita de ajuda para descer.

### **2.4. Salta barreiras a pés juntos**

Material: Barreira com 20 cm / 30 cm/ 40 cm de altura

Procedimento: Demonstrar à criança como saltar uma barreira usando a chamada a pés juntos. Dizer “salta por cima como eu fiz”.

Cotação: - *Sucesso:* Salta por cima da barreira sem tropeçar, usando chamada e receção a pés juntos, sem ajuda física;

- *Emergência:* Salta por cima da barreira a pés juntos com ajuda física ou salta sem tropeçar usando chamada e receção a um pé;

- *Falha:* Dá um passo por cima ou salta mas permanece no mesmo lado.

### **2.5. Salta com um pé no local**

Material: Nenhum

Procedimentos: Mostre como é que saltamos com um pé no local. Indique à criança que ela deve fazer o mesmo. Pode cotar-se como “Sucesso” se a criança salta apenas com um pé no mesmo local em algum outro momento do teste.

Cotação: - *Sucesso:* Salta só com um pé no mesmo local;

- *Emergência:* Tenta saltar apenas com um pé, mas sem sucesso;

- *Falha:* Não tenta saltar.

### **2.6. Salta a pés juntos**

Material: Linha traçada no chão (3 m)

Procedimento: Mostre como é que saltamos a pés juntos. Indique à criança que ela deve fazer o mesmo ao longo de uma linha e, depois, peça-lhe que faça o mesmo trás e de lado.

Cotação: - *Sucesso:* Desloca-se na linha, dando 5 saltos a pés juntos de seguida;

- *Emergência:* Desloca-se na linha, saltando pelo menos uma vez a pés juntos;

- *Falha:* Salta no mesmo sítio ou não consegue saltar.

### **2.7. Salta em apoio unipedal**

Material: Linha traçada no chão (3 m)

Procedimento: Mostre como é que saltamos ao pé-coxinho. Indique à criança que ela deve fazer o mesmo ao longo de uma linha. De seguida, peça à criança que faça o mesmo, mas com o outro pé e, depois, para trás.

Cotação: - *Sucesso:* Desloca-se na linha, dando 5 saltos ao pé-coxinho de seguida;

- *Emergência:* Desloca-se na linha, saltando pelo menos uma vez ao pé-coxinho para a frente/trás;

- *Falha:* Salta no mesmo sítio ou não consegue saltar.

### **2.8. Atravessa o banco sueco**

Material: Banco sueco

Procedimento: A criança deve atravessar o banco sueco para a frente, para trás, para o lado direito e para o lado esquerdo, permanecendo sempre com as mãos nos quadris.

Cotação: - *Sucesso:* Evolui para a frente, trás e de lado na trave sem necessitar de qualquer reequilíbrio ou ajuda física;

- *Emergência:* Evolui para a frente, trás e de lado na trave com algumas reequilibrações e necessitando, por vezes, de ajuda física ou de ser reorientado;

- *Falha:* Não evolui para a frente, trás e de lado na trave ou necessita, constantemente, de ajuda física ou de ser orientado no que respeita à forma de andar sobre a trave.

### **2.9. Anda sobre uma linha**

Material: Linha traçada no chão.

Procedimento: A criança deve evoluir no solo, permanecendo sempre sobre uma linha reta de 3 m de comprimento e com as mãos nos quadris.



- Cotação: - *Sucesso:* Anda em cima da linha, dando 5 passos, sem necessitar de ajuda física;  
- *Emergência:* Anda em cima da linha, dando pelo menos um passo sem sair da mesma;  
- *Falha:* Não realiza a tarefa.

## **2.9. Realiza uma marcha controlada**

Material: Linha traçada no chão.

Procedimento: A criança deve evoluir no solo em cima de uma linha reta com 3m de comprimento, de modo que o calcanhar de um pé toque na ponta do pé contrário, permanecendo sempre com as mãos nos quadris.

Cotação: - *Sucesso:* Desloca-se na linha, dando 5 passos com o calcanhar a tocar na ponta do outro pé;

- *Emergência:* Desloca-se na linha, dando pelo menos dois passos com o calcanhar a tocar na ponta do outro pé;

- *Falha:* Fica no mesmo local ou não consegue andar em marcha controlada.

## **3. LATERALIZAÇÃO**

### **3.1. Lateralização ocular**

Material: Folha de papel e tesoura

Procedimento: Pede-se à criança para olhar primeiro através de um tubo/canudo de papel e depois através de um buraco feito no centro de uma folha de papel normal. Deve-se verificar se a criança manifesta preferência ocular ou se, pelo contrário, utiliza mais determinado olho ou leva o objeto de um olho ao outro.

Cotação: - *Sucesso:* Manifesta uma clara lateralização ocular (olha sempre com o mesmo olho);

- *Emergência:* Manifesta um início de lateralização ocular (escolhe um olho com maior frequência);

- *Falha:* Não manifesta qualquer preferência ocular.

### **3.2. Lateralização auditiva**

Material: Relógio e telefone

Procedimento: Pede-se à criança que pegue no relógio para o ouvir e para simular atender o telefone. Deve-se verificar se a criança manifesta preferência auditiva ou se, pelo contrário, utiliza mais determinado ouvido ou muda o objeto de uma orelha para a outra.

Cotação: - *Sucesso:* Manifesta uma clara lateralização ocular (ouve sempre pelo mesmo ouvido);

- *Emergência:* Manifesta um início de lateralização auditiva (escolhe um ouvido com maior frequência);

- *Falha:* Não manifesta qualquer preferência auditiva.

### **3.3. Lateralização manual**

Material: Folha e lápis.

Procedimento: Pede-se à criança que pegue num lápis para desenhar numa folha de papel. Observe com que mão a criança pega no lápis e qual utiliza para desenhar.

Cotação: - *Sucesso:* Lateralização clara da mão dominante;

- *Emergência:* Manifesta um início de lateralização manual (escolhe uma mão com maior frequência);

- *Falha:* Não manifesta qualquer preferência manual.

### **3.4. Lateralização pedal**

Material: Bola

Procedimento: Pede-se à criança que pontapeie uma bola. Pode também observar-se o pé que a criança usa primeiro para subir escadas.

Cotação: - *Sucesso:* Lateralização clara do pé;

- *Emergência:* Manifesta um início de lateralização pedal (escolhe um pé com maior frequência);

- *Falha:* Não manifesta qualquer preferência pedal.

### **3.5. Reconhece a direita e esquerda em si**

Material: Nenhum

Procedimento: Peça à criança que mexa ou aponte os seus braços, pernas, pés, olhos, orelhas, direitos e esquerdos, bem como que indique verbalmente se o local em que foi tocada foi do lado direito ou esquerdo.

Cotação: - *Sucesso:* Mostra distinguir a direita e esquerda em si próprio;

- *Emergência:* Nem sempre mostra distinguir a direita da esquerda em si próprio;

- *Falha:* Não responde ou não distingue a direita e esquerda em si próprio.

### **3.6. Reconhece a direita e esquerda entre objetos**

Material: Cadeira e objetos

Procedimento: Peça à criança que coloque determinado objeto do lado direito e esquerdo de uma cadeira.

Cotação: - *Sucesso:* Mostra ser capaz de distinguir a direita e esquerda entre objetos;

- *Emergência:* Nem sempre mostra distinguir a direita da esquerda entre objetos;

- *Falha:* Não responde ou não distingue a direita e esquerda entre objetos.

### **3.7. Reconhece a direita e esquerda nos outros**

Material: Nenhum.

Procedimento: Peça à criança que indique, no observador, a sua direita e esquerda.

Cotação: - *Sucesso:* Mostra ser capaz de distinguir a direita e esquerda nos outros;

- *Emergência:* Nem sempre mostra distinguir a direita da esquerda nos outros;

- *Falha:* Não responde ou não distingue a direita e esquerda nos outros.

## **4. NOÇÃO DO CORPO**

### **4.1. Aponta partes do seu corpo**

Material: Nenhum

Procedimento: Sem fazer qualquer gesto, peça à criança para mostrar os seus braços, mãos, pernas, pés, barriga, olhos, nariz, boca, orelhas, cabelos, testa, bochechas, dentes, pescoço, queixo, costas, joelhos, calcanhares, unhas, ombros e cotovelos.

Cotação: - *Sucesso:* Indica ou toca pelo menos 10 partes do corpo;

- *Emergência:* Indica ou toca pelo menos uma parte do corpo;

- *Falha:* Não mostra qualquer parte do corpo corretamente.

### **4.2. Nomeia partes do seu corpo**

Material: Nenhum

Procedimento: Toque em várias partes do corpo da criança e peça-lhe que as nomeie (braços, mãos, pernas, pés, barriga, olhos, nariz, boca, orelhas, cabelos, testa, bochechas, dentes, pescoço, queixo, costas, joelhos, calcanhares, unhas, ombros e cotovelos).

Cotação: - *Sucesso:* Nomeia corretamente pelo menos 10 partes do corpo;

- *Emergência:* Nomeia pelo menos uma parte do corpo;

- *Falha:* Não nomeia qualquer parte do corpo corretamente.

### **4.3. Refere partes do seu corpo**

Material: Nenhum

Procedimento: Peça à criança que diga o nome a aponte para algumas partes do seu corpo.

Cotação: - *Sucesso:* Nomeia corretamente pelo menos 8 partes do corpo;

- *Emergência:* Nomeia pelo menos uma parte do corpo;

- *Falha:* Não mostra qualquer parte do corpo corretamente.

### **4.4. Identifica partes do corpo de um boneco**

Material: Boneco

Procedimentos: Peça à criança para apontar com o dedo ou tocar na cabeça, braços, mãos, pernas, pés e barriga do boneco.

Cotação: - *Sucesso:* Mostra ou toca todas as partes do corpo do boneco;

- *Emergência:* Mostra ou toca em pelo menos uma parte do corpo;

- *Falha:* Não mostra ou aponta qualquer parte do corpo corretamente.

### **4.5. Identifica partes do corpo do outro**

Material: Boneco

Procedimentos: Peça à criança para apontar com o dedo ou tocar nos olhos, nariz, orelha, boca, braços, mãos, pernas, pés e barriga do observador.

Cotação: - *Sucesso:* Mostra ou toca em pelo menos 3 partes do corpo;

- *Emergência:* Mostra ou toca em pelo menos uma parte do corpo, ou estende o dedo (na direção da cara, para os olhos), ou designa de cada vez a mesma parte do corpo (mostra sempre os olhos), na condição de que aquilo que a criança mostra seja uma das partes do corpo pedidas;

- *Falha:* Não mostra ou aponta qualquer parte do corpo corretamente.

#### **4.6. Junta peças com partes do corpo para formar um boneco**

Material: Peças com partes do corpo (cabeça, tronco, braços e mãos, pernas e pés)

Procedimentos: Mostre à criança partes do corpo de um boneco. De seguida, diga à criança: “Podes fazer um boneco?”. Se, após um intervalo razoável, a criança mostra dificuldades em compreender a atividade, faça uma demonstração com todos os bocados. Depois volte a tirar os bocados e deixe a criança tentar de novo a atividade. Se, quando a criança acabou, não foram utilizadas todas as peças, mostre-lhe as restantes partes e peça-lhe para acabar.

Cotação: - *Sucesso:* Reconstitui o rapaz sem necessitar de uma demonstração e sem falhas;

- *Emergência:* Reconstitui parcialmente o rapaz ou necessita de uma demonstração ou de uma base com o contorno do desenho original para efetuar a atividade corretamente;

- *Falha:* Comete erros mesmo com o suporte do contorno do rapaz, ou não tenta fazê-lo (empilha os bocados, coloca-os ao acaso sobre o suporte, ou faz uma forma que não se assemelha em nada a um rapaz).

#### **4.7. Desenho do corpo**

Material: Folha de papel, lápis

Procedimento: Pede-se à criança que desenhe o seu corpo o melhor que sabe

Cotação: - *Sucesso:* Realiza um desenho completo, organizado, simétrico, com pormenores faciais e extremidades, podendo apresentar distorções mínimas;

- *Emergência:* Realiza um desenho exageradamente pequeno ou grande, pouco organizado em formas e proporções, com pobreza significativa de pormenores anatómicos;

- *Falha:* Não realiza o desenho ou realiza um desenho desintegrado e fragmentado, sem vestígios de organização gráfica e praticamente irreconhecível.

### **5. ESTRUTURAÇÃO ESPACIO-TEMPORAL / IMITAÇÃO**

#### **5.1. Noção de tempos socializados**

Material: Cartões com imagens que representem a “manhã”, a “tarde” e a “noite”.

Procedimento: Mostre à criança os cartões e peça-lhe que diga a que parte do dia corresponde cada um: manhã (criança a ir para a escola); tarde (criança a sair da escola); ou noite (criança a dormir).

Cotação: - *Sucesso:* Nomeia ou identifica os tempos socializados (“manhã”, “tarde” e “noite”);

- *Emergência:* Nomeia ou identifica pelo menos um dos tempos socializados;

- *Falha:* Não nomeia ou identifica nenhum dos tempos socializados.

#### **5.2. Imita ações do quotidiano**

Material: Nenhum

Procedimento: Diga à criança: “Vê o que eu faço e faz a mesma coisa que eu”. Faça movimentos do dia-a-dia (comer, dormir, lavar os dentes).

Cotação: - *Sucesso:* Imita pelo menos 3 ações;

- *Emergência:* Imita pelo menos 1 ação;

- *Falha:* Não imita qualquer ação.

#### **5.3. Imita gestos simples**

Material: Nenhum

Procedimento: Obtenha a atenção da criança (“Olha o que eu estou a fazer”). Faça gestos distintos e fáceis e, após cada movimento, indique à criança que ela deve fazer igual.

Os gestos simples a imitar são os seguintes:

##### **(Imitação dos movimentos das mãos)**

- Mãos abertas viradas para o sujeito

- Idem, com os punhos fechados

- Mão esquerda aberta, mão direita fechada

- Posição inversa

- Mão esquerda vertical, mão direita horizontal, formando um ângulo reto

- Posição inversa

- Mão esquerda aberta, polegar ao nível do externo, mãos e braços direitos inclinados, mão direita sobre a mão esquerda

- Posição inversa

- As mãos são paralelas, a mão esquerda está à frente da mão direita a uma distância de 20 cm e a mão esquerda está acima da mão direita

- Posição inversa

### **(Imitação dos movimentos dos braços)**

- Braço esquerdo estendido para a esquerda, para a horizontal, mão aberta
- Idem, do lado direito
- Braço esquerdo levantado na vertical
- Idem, do lado direito
- Braço esquerdo levantado na vertical, braço direito esticado para a direita
- Posição inversa
- Braço esquerdo estendido em linha reta para a frente braço direito estendido na vertical
- Posição inversa
- Os dois braços abertos inclinados obliquamente, mão esquerda para cima, mão direita para baixo, tronco reto
- Posição inversa

**Cotação:** - *Sucesso:* Imita corretamente pelo menos metade dos gestos, sendo que tenta imitar, mesmo que parcialmente os outros;

- *Emergência:* Imita corretamente menos de metade dos gestos, sendo que os outros são imitados parcialmente ou não são imitados;

- *Falha:* Não tenta imitar nenhum dos gestos.

### **5.4. Imita gestos complexos em espelho**

**Material:** Nenhum

**Procedimento:** Obtenha a atenção da criança ("Olha o que eu estou a fazer"). Faça gestos complexo se indique à criança que ela deve fazer igual.

Os gestos complexos a imitar são os seguintes:

- De pé, sobre a perna direita, perna esquerda fletida, braço direito estendido na vertical, braço esquerdo estendido horizontalmente para a esquerda;
- De pé, perna direita cruzada na frente da perna esquerda, braço direito esticado na horizontal, mão à altura do esterno, braço esquerdo estendido para a esquerda na horizontal;
- De pé, pernas afastadas, o braço direito estendido horizontalmente para a direita, braço esquerdo ao longo do corpo, cabeça voltada para a esquerda, tronco fixo.

**Cotação:** - *Sucesso:* Imita pelo menos um dos gestos complexos na sua totalidade, sendo os outros imitados parcialmente;

- *Emergência:* Tenta imitar todos os gestos, mas não é capaz de imitar nenhum na sua totalidade;

- *Falha:* Não tenta imitar nenhum dos gestos; tenta imitar os gestos, mas não o faz na sua totalidade e, na maioria, não imita corretamente.

### **5.5. Lança uma bola a um alvo, cumprindo o número de vezes que a bola deve bater no chão**

**Material:** Bola

**Procedimento:** Coloque-se à frente de criança e peça-lhe que lhe atire a bola, batendo com ela no chão um determinado número de vezes (1 e 2). Se, necessário, demonstre, iniciando um jogo de passes de bola.

**Cotação:** - *Sucesso:* Faz a bola bater no chão o número de vezes pedido, em mais de metade das vezes.

- *Emergência:* Faz a bola bater no chão o número de vezes pedido, pelo menos uma vez.

- *Falha:* Não atira a bola ao chão ou na direção do observador; nunca cumpre o número de vezes solicitado.

### **5.6. Estruturação Rítmica**

**Material:** Nenhum

**Procedimento:** Pede-se à criança que oiça com muita atenção a sequência de batimentos apresentada pelo observador, devendo em seguida sugerir-lhe que reproduza exatamente a mesma estrutura e o mesmo número de batimentos. As estruturas rítmicas são as seguintes:

- 1 (ensaio)
- 2 (para cotação)
- 3 (para cotação)
- 4 (para cotação)
- 5 (para cotação)

●	.	.	●	.	.	●	.	.	●	.
●			●	●	.	●	●	.	.	.
●	●	.	.	●	.	.	●	●	.	.
●	●	.	.	●	●	.	.	●	●	.
●	.	.	●	.	.	.	●	●		●

Cotação: - *Sucesso:* Reproduz pelo menos três das estruturas com estrutura rítmica e o número de batimentos preciso;  
- *Emergência:* Reproduz uma das estruturas, revelando nítidas distorções perceptivo-auditivas;  
- *Falha:* Não reproduz nenhuma das estruturas.

### **5.7. Adaptação do movimento ao ritmo rápido e lento e à ausência de ritmo**

Material: Música

Procedimento: Peça à criança que se desloque consoante o ritmo (rápido ou lento) da música ou o batimento ritmado (palmas) que o observador realiza. Verifique também se a criança pára na ausência desse som.

Cotação: - *Sucesso:* Adapta o seu movimento ao ritmo ou à ausência deste;

- *Emergência:* Nem sempre adapta o seu movimento ao ritmo ou à ausência deste, necessitando de demonstração;

- *Falha:* Não adapta o seu movimento ao ritmo ou à ausência deste, nem com demonstração.

### **5.8. Representação topográfica**

Material: Folha e lápis

Procedimento: Apresenta-se à criança uma folha com o contorno da sala já previamente desenhado, sendo-lhe explicado que terá de desenhar dentro dele os objetos que estão na sala, nos respetivos locais. No caso da criança não ser capaz de desenhar de imediato a sala, o observador pode realizar uma demonstração, devendo de seguida alterar o local dos objetos, dar uma nova folha à criança e pedir-lhe que realize, desta vez sozinha, a representação da sala em que se encontra.

Cotação: - *Sucesso:* Faz o levantamento topográfico da sala, desenhando os objetos da mesma num local aproximado;

- *Emergência:* Faz o levantamento topográfico da sala, mas desenha os objetos num local incorreto, necessita de demonstração prévia ou apenas o faz corretamente colocando objetos/fotos representativas dos elementos da sala num esquema previamente desenhado da sala;

- *Falha:* Não consegue fazer o levantamento topográfico da sala, nem desenhando nem colocando as imagens no local correto.

## **6. PRAXIA GLOBAL**

### **6.1. Rasteja**

Material: Colchão

Procedimento: O observador senta-se em cima do colchão ao lado da criança e diz: "Deita-te no colchão e rasteja, como fazem as cobras (ou outro animal rastejante)". Se for necessário, demonstrar.

Cotação: - *Sucesso:* Rasteja com movimentos coordenados, alternando os movimentos dos braços e das pernas, num padrão integrado, coordenado e suave;

- *Emergência:* Rasteja, puxando o corpo para a frente com os braços, sem utilizar as pernas, ou se as utiliza fá-lo com movimentos descoordenados;

- *Falha:* Não rasteja.

### **6.2. Gatinha**

Material: Nenhum

Procedimento: Peça para a criança imitar um gato, ou outro animal que ande com as 4 patas no chão. Se for necessário, demonstre primeiro e faça com ela.

Cotação: - *Sucesso:* Utiliza as mãos e os joelhos, de forma coordenada, para gatinhar;

- *Emergência:* Utiliza as mãos e os joelhos, mas de uma forma descoordenada;

- *Falha:* Não tenta ou não utiliza as mãos e os joelhos para gatinhar.

### **6.3. Anda coordenadamente para a frente**

Material: Nenhum

Procedimento: Coloque-se à frente da criança e peça-lhe para ela caminhar. Se for necessário, demonstre primeiro e faça com ela.

Cotação: - *Sucesso:* Anda coordenadamente e suave para a frente;

- *Emergência:* Anda com uma base de apoio larga ou mantém um apoio plantar irregular;

- *Falha:* Faz constantes reajustamentos posturais para se reequilibrar, necessita de ajuda física para andar ou de algum equipamento específico.

### **6.4. Corre coordenadamente**

Material: Nenhum

Procedimento: Coloque-se à frente da criança e peça-lhe que corra. Se for necessário, demonstre primeiro e faça com ela.

Cotação: - *Sucesso:* Corre com oposição dos braços e com passadas grandes;

- *Emergência:* Corre com uma base de apoio larga ou mantém um apoio plantar irregular;

- *Falha:* Não consegue usar o padrão de corrida como forma de deslocação.

### **(Coordenação Óculo-Pedal)**

#### **6.5. Chuta a bola indiscriminadamente**

Material: Bola

Procedimento: Coloque-se ao lado da criança e dê-lhe uma bola, de seguida observe se ela chuta a bola.

Cotação: - *Sucesso:* Chuta a bola;

- *Emergência:* Tenta chutar, mas nem sempre o realiza; por vezes, interage com a bola;

- *Falha:* Não tenta, nem chuta a bola.

#### **6.6. Chuta a bola diretamente para um alvo**

Material: Bola

Procedimento: Coloque-se ao lado da criança e dê-lhe uma bola, de seguida, peça-lhe que chute a bola acertando num alvo. O alvo deve ser constituído por dois pinos a uma distância entre si de 50 cm e a deve localizar-se a 1,50 m do alvo. Pode-se dizer à criança: "Tenta marcar um golo na baliza". Se necessário demonstrar à criança o que se pretende. A criança pode tentar chutar a bola para o alvo 4 vezes.

Cotação: - *Sucesso:* Chuta a bola, acertando num alvo mais de metade das vezes;

- *Emergência:* Chuta a bola, mas apenas acerta no alvo 1 ou 2 vezes;

- *Falha:* Não tenta chutar a bola ou falha sempre o alvo.

#### **6.7. Conduz a bola dentro dos limites de uma zona definida**

Material: Bola de borracha.

Procedimento: Coloque-se ao lado da criança e dê-lhe uma bola, de seguida, peça-lhe que conduza a bola entre duas cordas colocadas a uma distância entre si de 50 cm. Se necessário demonstrar à criança o que se pretende.

Cotação: - *Sucesso:* Conduz a bola dentro dos limites definidos, mantendo sempre a bola próxima dos pés;

- *Emergência:* Não respeita dos limites, ou não conduz a bola, chutando-a, sem a manter junto aos pés;

- *Falha:* Não é capaz de realizar o que lhe é solicitado ou nem tenta.

#### **6.8. Sobe escadas com pés alternados**

Material: Escadas, de preferência sem corrimão.

Procedimento: Mantenha-se em frente das escadas com a criança. Mostre-lhe como é que se sobem escadas, depois indique-lhe que ela deve fazer a mesma coisa. Se a criança demonstrar dificuldades estenda-lhe uma mão.

Cotação: - *Sucesso:* Sobe as escadas pousando um pé por degrau e sem a ajuda do corrimão;

- *Emergência:* Sobe as escadas, mas pousa os dois pés em cada degrau ou tem necessidade da sua ajuda;

- *Falha:* Não consegue subir escadas sozinho ou não tenta fazê-lo (e.g., sobe de gatas).

#### **6.9. Desce escadas com pés alternados**

Material: Escadas, de preferência sem corrimão

Procedimento: Mantenha-se em frente das escadas com a criança. Mostre-lhe como é que se desce escadas, depois indique-lhe que ela deve fazer a mesma coisa. Se a criança demonstrar dificuldades estenda-lhe uma mão.

Cotação: - *Sucesso:* Desce as escadas, pousando um pé por degrau e sem a ajuda do corrimão;

- *Emergência:* Desce as escadas, pousando os 2 pés em cada degrau ou necessita de ajuda;

- *Falha:* Não consegue descer escadas sozinho ou não tenta fazê-lo (e.g., sobe de gatas).

#### **6.10. Contorna pinos**

Material: Pinos

Procedimento: Coloque-se ao lado da criança e peça-lhe que contorne os pinos, colocados a uma distância de 50 cm uns dos outros, passando entre eles. Se a criança necessitar de ajuda demonstre o que se pretende e, de seguida, ajude-a a realizar o percurso uma vez.

Cotação: - *Sucesso:* Anda ou corre à volta dos pinos, sem lhes tocar;

- *Emergência:* Anda à volta dos pinos sem lhes tocar, mas necessita, por vezes, de ser encaminhada na direção certa;

- *Falha:* Não consegue contornar os pinos ou nem sequer tenta.

#### **6.11. Contorna pinos controlando a bola com o pé**

Material: Pinos e bola

Procedimento: Coloque-se ao lado da criança e dê-lhe uma bola, de seguida, peça-lhe que contorne os pinos, colocados à sua frente a uma distância de 50 cm uns dos outros, conduzindo a bola entre eles, usando os pés. Se a criança necessitar de ajuda demonstre o que se pretende e, de seguida, ajude-a a realizar o percurso uma vez.

Cotação: - *Sucesso:* Conduzir a bola (tipo finta) por entre os pinos, mudando de direção enquanto anda ou corre;

- *Emergência:* Leva a bola entre alguns dos pinos, mas por vezes perde a bola e tem ajuda;

- *Falha:* Não consegue levar a bola entre os pinos ou nem sequer tenta.

#### **(Coordenação Óculo-Manual)**

#### **6.12. Lança a bola indiscriminadamente**

Material: Bola

Procedimento: Observe se a criança lança a bola indiscriminadamente.

Cotação: - *Sucesso:* Atira a bola em qualquer direção, estendendo o braço no cotovelo ou ombro;

- *Emergência:* Larga a bola sem estender o braço ou cotovelo;

- *Falha:* Não larga a bola ou coloca-a no chão.

#### **6.13. Apanha uma bola**

Material: Bola de borracha

Procedimento: Coloque-se à frente da criança e diga-lhe para ela apanhar a bola que lhe irá ser lançada. Após a contagem, 1,2,3 atire a bola na direção das mãos da criança. A bola deve ser lançada a uma distância progressiva de 1m / 2m / 3m. A prova é constituída por um ensaio e 4 lançamentos.

Cotação: - *Sucesso:* Agarra a bola com uma ou duas mãos, em 3 ou 4 lançamentos;

- *Emergência:* Agarra a bola em pelo menos um lançamento;

- *Falha:* Não consegue ou não tenta agarrar a bola, quando alguém a lança na sua direção.

#### **6.14. Lança uma bola a um alvo com as duas mãos**

Material: Bola

Procedimento: Coloque-se à frente da criança, a uma distância de 1,5 m, e dê-lhe uma bola. De seguida, peça-lhe que a lance na sua direção com as duas mãos, usando o lançamento por cima e, posteriormente, o lançamento por baixo. Se necessário pode demonstrar o que se pretende, podendo para isso iniciar um jogo de passes de bola. A criança deve tentar lançar a bola 4 vezes.

Cotação: - *Sucesso:* Lança a bola na direção do observador mais de metade das vezes;

- *Emergência:* Lança a bola na direção do observador pelo menos uma vez ou ainda não o faz de forma coordenada;

- *Falha:* Não consegue lançar a bola.

#### **6.15. Lança uma bola a um alvo com uma mão**

Material: Bola

Procedimento: Coloque-se à frente da criança, a uma distância de 1,5 m, e dê-lhe uma bola. De seguida, peça-lhe que a lance na sua direção com apenas uma mão, usando o lançamento por cima e, posteriormente, o lançamento por baixo. Se necessário pode demonstrar o que se pretende, podendo para isso iniciar um jogo de passes de bola. A criança deve tentar lançar a bola 4 vezes.

Cotação: - *Sucesso:* Lança a bola na direção do observador mais de metade das vezes;

- *Emergência:* Lança a bola na direção do observador pelo menos uma vez ou ainda não o faz de forma coordenada;

- *Falha:* Não consegue lançar a bola.

#### **6.16. Encesta a bola de ténis**

Material: Bola de ténis, cesto de papéis, cadeira

Procedimento: Pede-se à criança (na posição de pé) que lance uma bola de ténis para dentro de um cesto de papéis colocado em cima de uma cadeira a uma distância progressiva de 0,5m / 1m / 1,5m / 2m / 2,5m. A prova é constituída por um ensaio e 4 lançamentos.

Cotação: - *Sucesso:* Encesta a bola em 3 ou 4 lançamentos;

- *Emergência:* Realiza pelo menos um lançamento encestando a bola;

- *Falha:* Realiza a tarefa ou não é capaz de realizar nenhum lançamento encestando a bola.

## **6.17. Dribla a bola**

### **No local**

Material: Bola de Basquetebol

Procedimento: Coloque-se à frente da criança e peça-lhe que dribla a bola. Se a criança necessitar demonstre o que pretende. Verifique se a criança o faz com uma e duas mãos.

Cotação: - *Sucesso:* Dribla a bola com uma ou duas mãos, parado;

- *Emergência:* Dribla a bola usando as duas mãos, agarrando nela e voltando a driblar;

- *Falha:* Lança a bola, mas não volta a agarrar nela.

### **b) Em andamento**

Material: Bola de Basquetebol

Procedimento: Coloque-se à frente da criança e peça-lhe que dribla a bola, andando até si. Se a criança necessitar demonstre o que pretende. Verifique se a criança o faz com uma e duas mãos.

Cotação: - *Sucesso:* Dribla a bola com uma ou duas mãos, enquanto anda ou corre;

- *Emergência:* Dribla a bola em andamento, agarrando nela com as duas mãos e voltando a driblar;

- *Falha:* Não consegue driblar a bola em andamento ou nem tenta fazê-lo.

### **c) Contornando Pinos**

Procedimento: Coloque-se ao lado da criança e dê-lhe uma bola, de seguida peça para que ela contorne os pinos driblando a bola. Se a criança necessitar de ajuda demonstre o que se pretende e, de seguida, ajude-a a realizar o percurso uma vez.

Cotação: - *Sucesso:* A criança conduz a bola por entre os pinos, não falhando nenhum;

- *Emergência:* A criança conduz a bola entre alguns dos pinos e com ajuda;

- *Falha:* Não consegue levar a bola entre os pinos ou nem sequer tenta.

## **7. PRAXIA FINA**

### **7.1. Encaixa peças com tamanhos e formas diferentes**

Material: Jogo com peças de encaixe;

Procedimento: Coloque o suporte de encaixe em cima da mesa, em frente da criança. Pouse as peças entre o suporte e a criança verificando que nenhuma se encontra em frente do seu local de encaixe. Aponte com o dedo o suporte e indique à criança que ela deve encaixar as peças nele. Não designe nenhuma forma de encaixe em particular. Se, após um intervalo razoável, a criança parece ter dificuldades em compreender e executar a atividade pedida, faça uma demonstração. Retire, de seguida, as peças e volte a coloca-las sobre a mesa. Volte a indicar à criança que ela deve encaixar as peças.

Cotação: - *Sucesso:* A criança coloca a maioria das peças sem demonstração e diretamente (sem tentativa e erro);

- *Emergência:* Coloca a maioria das peças, após demonstração, ou por tentativa e erro;

- *Falha:* Não encaixa as peças.

### **7.2. Empilha pequenos objetos**

Material: 7 cubos pequenos

Procedimento: Pouse os cubos sobre a mesa em frente à criança. Mostre-lhe como é que se mete um cubo em cima do outro; depois espalhe os cubos sobre a mesa: Indique à criança que ela deve empilhar os cubos. Dê à criança 3 ensaios de maneira a que ela consiga empilhar pelo menos 4 cubos.

Cotação: - *Sucesso:* Empilha os 7 cubos num dos ensaios;

- *Emergência:* Empilha pelo menos 3 cubos ou empilha mais que 3 mas a pilha desmorona-se;

- *Falha:* Não consegue empilhar mais de 2 cubos ou não tenta fazê-lo.

### **7.3. Desenrosca a tampa da garrafa**

Material: Garrafa com tampa



Procedimento: A criança segura a garrafa com uma das mãos e com a outra agarra na tampa desenroscando-a.

Cotação: - *Sucesso*: Utiliza as mãos cooperativamente desenroscando a tampa da garrafa;

- *Emergência*: Não utiliza as mãos cooperativamente desenroscando a tampa da garrafa; necessita de demonstração ou ajuda física para desenroscar a tampa da garrafa;

- *Falha*: Não desenrosca a tampa da garrafa, ou não tenta fazê-lo.

#### **7.4. Enrosca a tampa da garrafa**

Material: Garrafa com tampa

Procedimento: A criança segura na garrafa com uma das mãos e com a outra agarra na tampa e enrosca-a.

Cotação: - *Sucesso*: Utiliza as mãos cooperativamente enroscando a tampa na garrafa;

- *Emergência*: Não utiliza as mãos cooperativamente enroscando a tampa na garrafa; necessita de demonstração para enroscar a tampa na garrafa;

- *Falha*: Não enrosca a tampa na garrafa, ou não tenta fazê-lo.

#### **7.5. Enfia contas num fio**

##### **A) Sem modelo**

Material: 6 contas de várias cores e fio

Procedimento: A criança deve enfiar contas num fio.

Cotação: - *Sucesso*: Realiza os enfiamentos sozinha;

- *Emergência*: Necessita de ajuda para realizar os enfiamentos (demonstração ou ajuda física);

- *Falha*: Não é capaz de realizar os enfiamentos.

##### **B) Com modelo**

Material: 6 contas de várias cores e fio; modelo com sequência de cores.

Procedimento: A criança deve enfiar contas num fio, de acordo com uma sequência de cores padrão.

Cotação: - *Sucesso*: Enfia as 6 contas de acordo com a sequência de cores padrão, sem necessitar de ajuda física ou orientações verbais;

- *Emergência*: Nem sempre respeita a sequência de cores ou necessita de alguma orientação verbal ("Que peça vem depois desta?");

- *Falha*: Não é capaz de enfiar as contas de acordo com a sequência de cores do padrão, errando mais de metade das cores do modelo.

#### **7.6. Desabotoa**

Material: Casaco com botões

Procedimento: A criança deve, após demonstração, desabotoar um botão.

Cotação: - *Sucesso*: Desabotoa o botão, sem necessitar de ajuda;

- *Emergência*: Mostra ter a intenção de desabotoar e, com ajuda, completa sozinho a tarefa;

- *Falha*: Não tenta desabotoar o botão ou, mesmo com ajuda inicialmente, não completa a tarefa.

#### **7.7. Abotoa**

Material: Casaco com botões

Procedimento: A criança deve, após demonstração, desabotoar um botão.

Cotação: - *Sucesso*: Abotoa o botão, sem necessitar de ajuda;

- *Emergência*: Mostra ter a intenção de abotoar e, com ajuda, completa sozinho a tarefa;

- *Falha*: Não tenta abotoar o botão ou, mesmo com ajuda inicialmente, não completa a tarefa.

#### **7.8. Faz um nó**

Material: Sapatos com atacadores

Procedimento: A criança deve ser capaz de realizar um nó com os atacadores dos seus próprios sapatos.

Cotação: - *Sucesso*: Faz um nó sozinha;

- *Emergência*: Realiza tentativas, mas não é capaz de concluir a tarefa;

- *Falha*: A criança não é capaz de fazer o nó.

#### **7.9. Utiliza a preensão fina**

Procedimento: Observe como a criança segura o lápis e como o utiliza durante a realização do desenho do corpo e a forma como a criança segura as contas para as enfiar no fio.

Cotação: - *Sucesso*: Utiliza a pinça polegar-indicador (preensão precisa);

- *Emergência*: Utiliza o polegar e dois outros dedos (preensão grosseira);
- *Falha*: Não utiliza uma preensão precisa, nem grosseira.

### 7.10. Traça labirinto com o lápis

Material:

Procedimento: A criança senta-se à mesa e é convidada a desenhar com um lápis bem afiado uma linha ininterrupta desde a entrada até à saída do labirinto.

Cotação: - *Sucesso*: A criança realiza cada labirinto sem falhar, ou seja, sem sair dos limites do mesmo ou interromper o traçado, mais de 5 vezes;

- *Emergência*: A criança realiza cada labirinto, cometendo entre 5 a 10 falhas;
- *Falha*: A criança não é capaz de realizar a tarefa ou comete mais de 10 falhas em cada labirinto.

### 7.11. Traça linha sobre o pontilhado de uma linha ondulada

Material: Desenho de linha ondulada pontilhada (100 pontos)

Procedimento: A criança senta-se à mesa e é convidada a desenhar com um lápis bem afiado uma linha sobre os pontos, formando uma linha ondulada contínua.

Cotação: - *Sucesso*: Realiza uma linha contínua sobre o pontilhado, tocando em mais de metade dos pontos;

- *Emergência*: Realiza uma linha sobre o pontilhado, tocando em menos de metade dos pontos;
- *Falha*: Não é capaz de realizar a tarefa; toca em menos de 25 pontos ou não faz uma linha contínua.

### 7.12. Faz uma bola com papel

Material: Folha de papel

Procedimento: O observador deve demonstrar à criança como amachucar a folha de papel e fazer uma bola. A criança deve fazê-lo de seguida.

Cotação: - *Sucesso*: Amachuca a folha de papel utilizando as duas mãos e fazendo uma bola com o papel;

- *Emergência*: Tenta amachucar o papel, mas não faz uma bola com ele;
- *Falha*: Não é capaz de realizar a atividade ou não tenta fazê-lo.

### 7.13. Tamborilar

Material: Nenhum

Procedimento: O observador deve demonstrar à criança como é que os dedos devem estar colocados realizando círculos na transição dedo para dedo, desde o indicador até ao mínimo, e em seguida na direção inversa (2 3 4 5 e 5 4 3 2). Sugere-se à criança (na posição de sentada) que imite os movimentos e que complete no mínimo três ensaios antes de se realizar a tarefa propriamente dita. As duas mãos devem ser avaliadas, realizando cada uma três sequências separadas e uma simultânea (tamborilar bimanual simultâneo).

Cotação: - *Sucesso*: Toca com o polegar em pelo menos três dedos de cada mão, seguindo a sequência pedida;

- *Emergência*: Toca com o polegar em pelo menos um outro dedo, qualquer que seja;
- *Falha*: Mexe os dedos mas não toca em nenhum outro dedo, com o polegar, ou não tenta fazê-lo.

## 8. COMPETÊNCIAS COGNITIVAS / NOÇÕES ESPACIAIS

### 8.1. Noção de Cima/Baixo

Material: Cadeira

Procedimento: Pede-se à criança que coloque determinado objeto em cima da cadeira e, depois, outro em baixo mesma, não efetuando qualquer tipo de gestos.

Cotação: - *Sucesso*: Coloca os objetos no local pedido;

- *Emergência*: Executa apenas uma das instruções;
- *Falha*: Não realiza a atividade.

### 8.2. Noção de Frente/Trás

Material: Cadeira

Procedimento: Pede-se à criança que coloque determinado objeto à frente da cadeira e, depois, outro atrás da mesma, não efetuando qualquer tipo de gestos.

Cotação: - *Sucesso*: Coloca os objetos no local pedido;

- *Emergência*: Executa apenas uma das instruções;
- *Falha*: Não realiza a atividade.

### 8.3. Noção de Dentro/Fora

Material: 1 arco

Procedimento: Pede-se à criança que vá para dentro do arco. Depois pede-se que venha para fora. Repete-se a instrução.

Cotação: - *Sucesso:* Desloca-se para dentro e fora do arco após a instrução, repetindo o mesmo de seguida;

- *Emergência:* Executa apenas uma das instruções ou necessita de pistas específicas;

- *Falha:* Não realiza a atividade.

### 8.4. Noção de Grande/Pequeno

Material: 2 bolas com tamanhos diferentes

Procedimento: Pede-se à criança que indique qual a bola maior e a mais pequena. Troca-se a disposição das bolas pelo menos duas vezes para ter a certeza que não escolheu a bola que estava mais perto.

Cotação: - *Sucesso:* Diferencia claramente o tamanho das bolas, repetindo corretamente nos diferentes ensaios;

- *Emergência:* Identifica apenas um dos tamanhos (grande ou pequeno);

- *Falha:* Não responde à instrução.

### 8.5. Noção de Alto/Baixo

Material: Nenhum

Procedimento: Pede-se à criança que identifique qual a pessoa mais alta e mais baixa, utilizando como referência duas pessoas presentes na avaliação. É trocada a posição do par.

Cotação: - *Sucesso:* Indica qual a pessoa mais alta e a mais baixa mesmo que estas mudem de posição (da direita para a esquerda do seu par);

- *Emergência:* Identifica corretamente apenas uma das noções (alto ou baixo);

- *Falha:* Não executa a instrução.

### 8.6. Noção de Longo/Curto

Material: 2 lápis com tamanhos diferentes

Procedimento: Pede-se à criança que indique qual o lápis mais longo e o mais curto, dizendo: “Qual é o mais longo?” e “Qual é o mais curto?”. Troca-se a disposição dos lápis pelo menos duas vezes para ter a certeza que não escolheu o que estava mais perto.

Cotação: - *Sucesso:* Diferencia claramente os comprimentos, repetindo corretamente nos diferentes ensaios;

- *Emergência:* Identifica apenas um dos comprimentos (longo ou curto).

- *Falha:* Não responde à instrução.

### 8.7. Noção de Longe/Perto

Material: 2 fios

Procedimento: Pede-se à criança que indique qual o fio que está mais longe e o mais perto, dizendo: “Qual é o que está mais perto?” “mais longe?”. Troca-se a disposição dos fios pelo menos duas vezes para ter a certeza que não escolheu o fio que estava mais perto.

Cotação: - *Sucesso:* Diferencia claramente a distância, repetindo corretamente nos diferentes ensaios;

- *Emergência:* Identifica apenas uma distância (longe ou perto);

- *Falha:* Não responde à instrução.

### 8.8. Associa objetos da mesma cor

Material: 5 cubos coloridos (amarelo, vermelho, azul, verde e branco) e 5 discos em cartão com as mesmas cores

Procedimentos: Escolha ao acaso 3 cubos e 3 discos correspondentes; coloque os discos sobre a mesa, em frente da criança. Dê à criança um dos cubos e aponte com o dedo os discos. Indique à criança verbalmente ou por gestos que deve colocar o cubo sobre o disco correspondente. Se a criança tem dificuldade em compreender ou executar a tarefa, faça uma demonstração com os 3 cubos. Retire os cubos e recomece o procedimento. Tenha o cuidado de dar à criança apenas um cubo de cada vez. Recomece a mesma administração para os 2 cubos restantes, utilizando uma cor já utilizada e duas novas.

Cotação: - *Sucesso:* Coloca os 5 cubos sobre os discos correspondentes, sem demonstração;

- *Emergência:* Coloca pelo menos um cubo sobre o disco correspondente;

- *Falha*: Não consegue colocar nenhum cubo sobre o disco correspondente ou não tenta fazê-lo.

### 8.9. Identifica 5 cores

Material: 5 cubos coloridos (amarelo, vermelho, azul, verde, branco)

Procedimento: Coloque os 5 cubos sobre a mesa em frente da criança. Diga-lhe: “Dá-me o vermelho”. Se a criança tem dificuldade em compreender “dá-me”, tente “Toca”, “mostra” ou “Onde está”. Volte a pousar o cubo que lhe deu a criança e repita o procedimento para os restantes. Tenha o cuidado de recolocar cada cubo sobre a mesa, antes de pedir um outro.

Cotação: - *Sucesso*: Identifica corretamente as 5 cores;

- *Emergência*: Identifica corretamente pelo menos uma cor;

- *Falha*: Não identifica qualquer cor ou não tenta fazê-lo.

### 8.10. Nomeia 5 cores

Material: 5 cubos coloridos (amarelo, vermelho, azul, verde, branco)

Procedimento: Pouse os 5 cubos sobre a mesa, em frente à criança. Aponte para 1 cubo ou pegue nele e diga: “Que cor é?”. Repita o procedimento com os restantes cubos.

Cotação: - *Sucesso*: Nomeia corretamente as 5 cores;

- *Emergência*: Nomeia pelo menos 1 cor ou atribui a mesma cor aos 5 cubos (diz que todos os cubos são verdes);

- *Falha*: Não consegue nomear corretamente nenhuma cor ou não tenta fazê-lo.

### 8.11. Identifica figuras geométricas

Material: Um encaسته composto de 3 formas geométricas (círculo, quadrado, triângulo)

Procedimentos: Coloque as formas geométricas sobre a mesa. Diga à criança: “Dá-me o redondo”. Se ele parece não compreender “dá-me”, tente: “mostra”, “toca” ou “onde está”. Repita o procedimento com o quadrado e depois o triângulo.

Cotação: - *Sucesso*: Mostra, dá ou designa corretamente as 3 formas;

- *Emergência*: Dá, mostra ou designa corretamente pelo menos uma formas;

- *Falha*: Não consegue dar, mostrar ou designar qualquer forma, ou não tenta fazê-lo.

### 8.12. Repete frases curtas

Material: Nenhum.

Procedimentos: Capte a atenção da criança e diga: “Escuta o que eu digo e diz a mesma coisa que eu digo”. Depois diga frases como: “Bebé, bebe leite”, “Eu quero comer” e “Ele não chora”.

Cotação: - *Sucesso*: Repete corretamente pelo menos 2 frases;

- *Emergência*: Repete corretamente pelo menos 1 frase ou repete 2 palavras de 1 frase (e.g., “Bebé bebe”; “Quero comer” ou “Não chora”);

- *Falha*: Não consegue repetir pelo menos 2 palavras de uma frase ou não tenta fazê-lo.

### 8.13. Repete frases simples

Material: Nenhum.

Procedimentos: Capte a atenção da criança e diga: “Escuta o que eu digo e diz a mesma coisa que eu digo”. Depois diga frases como: “Bebé, chuta a bola azul”, “Vi um avião voar muito alto” e “O André comprou uma boneca e um comboio”.

Cotação: - *Sucesso*: Repete corretamente 2 frases em 3 sem erros mais importantes do que a substituição de uma palavra com uma pronúncia muito semelhante à enunciada (e.g., Mané por André);

- *Emergência*: Repete corretamente pelo menos uma frase ou repete 4 palavras numa mesma frase, mesmo sem ordem (e.g., “vi avião voar alto”, ou “André, boneca e comboio”);

- *Falha*: Não consegue repetir pelo menos 4 palavras da mesma frase ou não tenta fazê-lo.

### 8.14. Repete frases complexas

Material: Nenhum.

Procedimentos: Capte a atenção da criança e diga: “Escuta e diz a mesma coisa que eu digo”. Depois diga frases como: “Antes de comer o jantar, lavo sempre as mãos”, “Mesmo com o meu cão a ladrar, o gato não fugiu” e “Se te portares bem, podes ficar com um livro”

Cotação: - *Sucesso*: Repete corretamente 2 frases em 3;

- *Emergência*: Repete corretamente pelo menos uma frase ou repete pelo menos 2 proposições do conjunto das frases (e.g., “Se te portares bem” ou “O gato não fugiu”);

- *Falha*: Não consegue repetir pelo menos 2 proposições do conjunto de frases ou não tenta.

### **8.15. Reconhece expressões faciais, sentimentos e emoções**

Material: Imagens com caras de pessoas tristes, contentes, zangadas e com medo.

Procedimentos: Mostre à criança cartões com pessoas tristes, contentes, com medo e zangadas. Diga à criança “onde está o cartão com o menino triste?”, e assim sucessivamente, para que a criança os identifique.

Cotação: - *Sucesso:* Identifica mais de metade dos sentimentos que lhe são apresentados;

- *Emergência:* Identifica apenas um ou dois dos sentimentos que lhe são apresentados;

- *Falha:* Não identifica nenhum dos sentimentos.

## **PERFIL DE COMPORTAMENTO**

### **1. RELAÇÃO**

#### **1.1. Mostra objetos que tem na mão**

Observação: A criança mostra espontaneamente objetos/brinquedos que tem consigo, procurando estabelecer interação com o examinador (coloca questões, mostra o objeto, partilha interesse).

Cotação: - *Adequado:* A criança mostra e partilha de forma espontânea o objeto/brinquedo, iniciando uma forma interação com o examinador.

- *Ligeiro:* Parece ter consciência da presença do outro mas não inicia interação/partilha de forma espontânea.

- *Severo:* Não inicia qualquer forma de interação ou partilha com o examinador.

#### **1.2. Agarra/escolhe/apanha um objeto**

Observação: A criança mostra interesse nos objetos que tem à sua disposição, sendo capaz de escolher e agarrar o que lhe suscita maior interesse.

Cotação: - *Adequado:* A criança escolhe espontaneamente um objeto, brincando e partilhando-o com o examinador.

- *Ligeiro:* Revela pouco interesse no material/objetos, tocando-lhes ou olhando, mas sem que agarre em qualquer.

- *Severo:* Não revela qualquer interesse nos objetos ou apenas um interesse estereotipado.

#### **1.3. Reação ao contacto físico**

Observação: O contacto físico excita muito a criança ou perturba-a? A criança parece não reagir ao contacto físico?

Cotação: - *Adequado:* Reage ao contacto físico de forma adequada, mostrando prazer na interação.

- *Ligeiro:* Reage de forma um pouco inadequada, mas as reações não são suficientemente intensas para receber cotação “Severo”.

- *Severo:* Reage ao contacto físico de forma inadequada (e.g., gritando ou fugindo, tendo medo, chorando ou demonstrando uma total passividade).

#### **1.4. Inicia interação social**

Observação: A criança inicia espontaneamente uma interação social com o examinador (coloca questões, mostra um objeto, partilha a comida, sobe para os joelhos do examinador, ou começa a conversar)?

Cotação: - *Adequado:* Inicia uma determinada forma de interação verbal ou não verbal com o examinador.

- *Ligeiro:* Parece ter consciência da presença do examinador mas não inicia a interação.

- *Severo:* Não inicia qualquer forma de interação verbal ou não verbal com o examinador.

#### **1.5. Reação à voz do adulto**

Observação: A criança reage de forma adequada quando o examinador a chama?

Cotação: - *Adequado:* Reage à voz do examinador de forma adequada, indicando verbalmente ou não verbalmente que entendeu a instrução (e.g., pisca os olhos, gira a cabeça na direção do examinador, diz: “Está bem” ou vai sentar-se).

- *Ligeiro:* Reage de forma irregular, dando atenção apenas a determinados momentos ou dando a impressão de ter um atraso na reação à voz do examinador.

- *Severo:* Reage de forma inadequada à voz do examinador, não dando qualquer sinal, verbal ou não verbal, de que entendeu o pedido.

### 1.6. Contacto visual

Observação: A criança evita o contacto visual com o examinador?

Cotação: - *Adequado:* Contacto social adequado durante toda a sessão.

- *Ligeiro:* Contacto visual fugaz e irregular, mesmo se a criança está interessada na interação.

- *Severo:* Evitamento prolongado ou excessivo do contacto ocular.

### 1.7. Afetividade

Observação: Qual é a qualidade da resposta afetiva da criança? Ela possui um registo adequado de respostas afetivas para a sua idade? Estabelece contacto com o examinador?

Cotação: - *Adequado:* Apresenta respostas afetivas e uma reação ao examinador e ao material adequadas, ao longo de toda a sessão.

- *Ligeiro:* As respostas emocionais são ligeiramente inadequadas; pouco ou muito poucas manifestações afetivas.

- *Severo:* As respostas emocionais são exageradamente desadequadas e intensas na forma de expressão.

### 1.8. Consciência da presença do outro

Observação: A criança tem consciência da presença do examinador? Reage à voz do examinador? Tem contacto visual com o examinador ou reage aos cumprimentos e sorrisos?

Cotação: - *Adequado:* Reage à presença do examinador de forma adequada, mantém contacto visual, escuta o que lhe é dito e devolve sorrisos.

- *Ligeiro:* Tem um contacto insuficiente com o examinador, incluindo o contacto visual, ou apenas inicia raramente a interação. A intervenção do examinador é por vezes necessária para provocar o contacto.

- *Severo:* Não tem consciência da presença do examinador ou reage a ela raramente, isola-se. A intervenção do examinador é indispensável para obter qualquer reação.

### 1.9. Cooperação nas atividades

Observação: A criança coopera com os pedidos do examinador? Ela é incapaz de fazer compreender claramente que não compreende as instruções ou que não sabe fazer o que lhe pedimos?

Cotação: - *Adequado:* Segue as diretivas do examinador e tenta cooperar, exceto quando não compreende a instrução ou não sabe fazer a atividade.

- *Ligeiro:* Por vezes opõe-se; participação irregular ou variável.

- *Severo:* Opõe-se muito, cooperação muito variável. Não faz praticamente esforços para cooperar com o examinador.

### 1.10. Tolerância a interrupções

Observação: Como reage a criança quando o examinador lhe retira um material que ela aprecia, aquando da mudança de atividade? Torna-se angustiada ou contrariada?

Cotação: - *Adequado:* Tolerância a mudança de atividade e não se sente especialmente contrariada quando lhe retiramos um material que ela aprecia.

- *Ligeiro:* Tem muita dificuldade em mudar de atividade ou em abandonar o material, mas consegue fazê-lo.

- *Severo:* Não tolera as interrupções ou as mudanças. Reage com choros, gritos, estereotípias, caretas, cólera ou autoestimulações.

### 1.11. Sabe o significado do “NÃO”

Observação: Durante a sessão, enquanto a criança estiver envolvida numa atividade, dizer, sem recorrer a qualquer gesto, “não”.

Cotação: - *Adequado:* A criança pára de imediato o que está a fazer em resposta ao “Não”.

- *Ligeiro:* A criança pára a atividade ocasionalmente em resposta ao “Não”.

- *Severo:* A criança não pára a atividade.

### 1.12. Brinca com pares

Observação: Durante a sessão de grupo ou no recreio, observe a forma como a criança interage com os pares

Cotação: - *Adequado:* A criança procura os pares para brincar e propõe alguma atividade ou jogo.

- *Ligeiro:* A criança procura ocasionalmente os pares ou aproxima-se destes mas sem iniciativa na interação.

- *Severo:* A criança não procura nem se aproxima dos pares permanecendo isolada destes.

### 1.13. Cumprimenta à chegada e saída

Observação: No início e no final da sessão observe se a criança, de forma espontânea, o cumprimenta.

Cotação: - *Adequado:* A criança chega ou vai a sair e cumprimenta e/ou despede-se dos outros espontaneamente e de forma adequada.

- *Ligeiro:* A criança ocasionalmente cumprimenta ou despede-se, em resposta ao outro.

- *Severo:* A criança não cumprimenta e não se despede, nem mesmo em resposta ao outro.

### 1.14. Reciprocidade no jogo

Observação: Jogue com a criança a um jogo de bebê, tipo “cu-cu” ou “o ratinho que sobe”.

Cotação: - *Adequado:* Participa num dos jogos, compreende-o e tenta recomeçá-lo (e.g., bate as mãos ou retira o pano da cara).

- *Ligeiro:* Reage a um jogo e compreende-o, mas não toma a iniciativa dos gestos e não os faz sozinha.

- *Severo:* Não mostra qualquer interesse por nenhum dos jogos.

### 1.15. Motivação por elogios

Observação: A criança é consciente dos elogios do examinador e aprecia-os?

Cotação: - *Adequado:* Parece motivado pelos elogios e aprecia este tipo de atenção.

- *Ligeiro:* As suas reações aos elogios são fracas e irregulares.

- *Severo:* Não reage, ou reage negativamente aos elogios do examinador.

## 2. AMBIENTE / MATERIAL

### 2.1. Exploração do ambiente

Observação: Como reage a criança ao local do teste?

Cotação: - *Adequado:* Explora o ambiente de forma adequada.

- *Ligeiro:* Manifesta uma agitação persistente ou interessa-se muito pouco pelo meio.

- *Severo:* Explora o meio de forma estereotipada e obsessiva (e.g., rebola-se no chão da sala, ou anda de um lado para o outro, ou ainda tateia as superfícies das paredes e do chão).

### 2.2 Exploração do material

Observação: Como reage a criança ao material de teste? Manifesta um interesse espontâneo pelo material? Utiliza-o de forma adequada?

Cotação: - *Adequado:* Utiliza o material de teste de forma adequada, examinando-o com interesse olhando-o e tocando-o.

- *Ligeiro:* Demora-se muito sobre o material, sobretudo numa modalidade sensorial particular; tem dificuldade em interromper a sua exploração, ou não se interessa quase nada pelo material.

- *Severo:* Não se interessa de todo pelo material ou explora o material de forma inadequada (lança os objetos, faz girar, lambe-os, cheira-os, acaricia-os, interessa-se apenas por determinadas partes dos objetos, interessa-se excessivamente pelos reflexos).

### 2.3. Comportamento durante as atividades

Observação: A criança mostra dificuldades em organizar-se durante as atividades de imitação, cognição ou linguagem?

Cotação: - *Adequado:* Organiza-se durante as atividades, abordando a maior parte destas atividades de uma maneira que corresponde ao seu nível de desenvolvimento.

- *Ligeiro:* A sua capacidade para se organizar é irregular e ela tem frequentemente necessidade de ser guiada ou ajudada pelo examinador.

- *Severo:* Não sabe o que se espera dela ou em que momento a atividade acabou.

### 2.4. Capacidade de atenção

Observação: A atenção da criança pelo examinador, o material de teste e as atividades é insuficiente, tendo em conta a sua idade cronológica? Fica muito contrariado assim que o examinador tenta mobilizar a sua atenção?

Cotação: - *Adequado:* Capacidade de atenção nos limites normais (não esquecer que as crianças mais jovens têm uma capacidade de atenção mais limitada).

- *Ligeiro:* Capacidade de atenção limitada, como a de uma criança mais jovem.

- **Severo:** A atenção é tão fugitiva que a criança é incapaz de cooperar com o examinador ou de terminar uma atividade simples, ou é muito distraída ou fica muito contrariada quando o examinador tenta mobilizar a sua atenção ou quando a atividade exige concentração.

## **2.5. Motivação por recompensas concretas**

Observação: A interessa-se e é motivada por recompensas concretas (jogos, livros, bombons, biscoitos)? Tem prazer em manipular os objetos ou gosta de sensações que lhe provocam determinados objetos ou a comida?

Cotação: - **Adequado:** Interessa-se por recompensas concretas de forma adequada (o seu desempenho é melhorado se lhe propomos um bombom ou um jogo preferido) ou tem as suas próprias motivações internas. Quer dizer que faz bem as atividades, sem esperar uma recompensa ou ter necessidade dela.

- **Ligeiro:** É motivada de forma irregular por recompensas concretas; o interesse é momentaneamente aumentado, mas não dura.

- **Severo:** Não é motivado por recompensas concretas; a utilização de guloseimas ou de jogos não melhora a atenção dispensada à atividade.

## **2.6. Motivação por recompensas intrínsecas**

Observação: A criança deixa-se motivar ou interessa-se pela perspectiva de conseguir fazer uma atividade ao seu alcance?

Cotação: - **Adequado:** É regularmente motivada pelo sucesso nas atividades; é interessada pelo trabalho adaptado ao seu nível de desenvolvimento.

- **Ligeiro:** Mostra um interesse limitado ou irregular pelo sucesso numa atividade.

- **Severo:** Não mostra qualquer interesse nem qualquer satisfação pelo sucesso numa atividade.

## **2.7. Brinca sozinho adequadamente**

Observação: A criança tem dificuldade em jogar sozinha? A criança torna-se desorganizada ou começa a apresentar comportamentos estereotipados? A criança agita-se ou tem comportamentos de retirada ou não faz nada? A criança parece não ter qualquer vontade de explorar a sala ou o material? A criança tem comportamentos bizarros ou comportamentos de auto- estimulação quando o examinador não estrutura o espaço ou o material?

Cotação: - **Adequado:** Joga sozinho de forma apropriada, utilizando o espaço e o material de forma adequada para a sua idade.

- **Ligeiro:** Joga de forma um pouco inadequada ou não mostra qualquer interesse pelo jogo.

- **Severo:** Joga sozinho de maneira inadequada, tornando-se muito irrequieto, agitado, angustiado, com comportamentos de auto- estimulação, ou utilizando o material de forma inadequada.

## **2.8. Aceita mudar de tarefas sem dificuldade**

Observação: Observe a forma como a criança reage quando lhe retira ou dá por terminada uma tarefa que lhe é agradável ou quando propõe a mudança de tarefa.

Cotação: - **Adequado:** Tolerar a mudança de atividade e não se sente especialmente contrariada quando lhe retiramos um material que ela aprecia.

- **Ligeiro:** Tem muita dificuldade em mudar de atividade ou em abandonar o material, mas consegue fazê-lo.

- **Severo:** Não tolera as interrupções ou as mudanças. Reage com choros, gritos, estereotípias, caretas, cólera ou auto- estimulações.

## **2.9. Recorre a tentativa/erro para se corrigir**

Observação: A criança, espontaneamente, recorre à tentativa-erro como estratégia para resolver um problema ou realizar uma atividade/tarefa. Consegue corrigir-se de forma adequada quando encorajada para o fazer?

Cotação: - **Adequado:** A criança recorre espontaneamente à tentativa-erro para realizar as tarefas e ultrapassar obstáculos.

- **Ligeiro:** A criança consegue corrigir-se mas necessita de ajudas para o fazer.

- **Severo:** A criança não se consegue corrigir e terminar a tarefa.

## **2.10. Trabalha nas tarefas referentes à sua idade desenvolvimental com persistência**

Observação: Observar se a criança, durante a realização das atividades, revela um leque de competências, motivação e interesse normal para completar as tarefas de forma adequada e correta.



Cotação: - *Adequado*: A criança revela motivação e interesse consistentes para atingir o sucesso e completar as tarefas referentes à sua idade desenvolvimental.

- *Ligeiro*: A criança revela um interesse e motivação limitadas ou inconsistentes relativamente à sua performance.

- *Severo*: A criança não revela qualquer interesse ou satisfação em realizar as tarefas com sucesso.

### **3. SENSORIAL**

#### **3.1. Reação aos sons**

Observação: A criança reage de forma adequada aos sons? (reagindo de forma exagerada ou ignorando-o).

Cotação: - *Adequado*: Reage ao som de forma adequada, mostrando curiosidade e orientando-se corretamente.

- *Ligeiro*: Reage apenas após um lapso de tempo importante ou com uma reação emocional ligeiramente inadequada.

- *Severo*: Reage ao som de forma totalmente inadequada e emite comportamentos tais como uma resposta emocional exagerada, hipersensibilidade (tapa as orelhas com as mãos) ou hiposensibilidade (nenhuma reação).

#### **3.2. Reação às cócegas**

Observação: A criança reage demasiado ou demasiado pouco às cócegas?

Cotação: - *Adequado*: Reage de forma adequada, parecendo apreciar o jogo das cócegas com o examinador.

- *Ligeiro*: Reage de forma um pouco inadequada, parece um pouco nervoso, tenta evitar as cócegas ou parece muito nervoso.

- *Severo*: Reage às cócegas de forma inadequada, gritando, com riso incontrolável, medo ou passividade total (sem reação).

#### **3.3. Sensibilidade visual**

Observação: A criança manifesta um interesse pouco habitual pelos estímulos visuais ou, pelo contrário, evita-os?

Cotação: - *Adequado*: Interesses e sensibilidade visuais em registo normal.

- *Ligeiro*: Atenção um pouco excessiva prestada aos estímulos visuais ou evitamento pouco habitual desta forma de exploração.

- *Severo*: Interesse visual excecional ou prolongado para certos elementos do teste, objetos, cores, partes da sala, etc.; ou evitamento excessivo de certos estímulos visuais. Podem notar-se comportamentos pouco habituais como alinhar objetos de uma forma precisa, sobre- excitação a partir de reflexos, estender de forma repetitiva certos objetos em direção à luz, fazer girar os objetos, recusar olhar para o material ou para o examinador quando pedido.

#### **3.4. Sensibilidade auditiva**

Observação: A criança mostra uma sensibilidade auditiva anormal? Distrai-se muito com barulhos estranhos? Ignora estímulos auditivos?

Cotação: - *Adequado*: Sensibilidade auditiva em registo normal.

- *Ligeiro*: Por vezes distrai-se com os sons ou por vezes não reage aos sons.

- *Severo*: Atenção excessiva aos ruídos estranhos, distrai-se muito facilmente com estes ruídos, ou tem respostas exageradas ou pouco habituais aos ruídos estranhos (indiferença ou sensibilidade excessiva).

#### **3.5. Interesse pelas texturas**

Observação: Qual é a reação da criança à textura dos objetos? Interessa-se excessivamente pela sensação de determinadas superfícies ou texturas?

Cotação: - *Adequado*: Interesse pelas texturas em registo normal.

- *Ligeiro*: Manipula de forma excessiva ou, pelo contrário, evita tocar, mas consegue-se parar estes comportamentos.

- *Severo*: Interesse excessivo ou singular pelas texturas (e.g., passa várias vezes os objetos pelo rosto, manipula longamente e de forma repetitiva os objetos de textura particular, ou demonstra uma aversão marcada ao tocar determinados objetos).

#### **3.6. Interesse gustativo**

Observação: A criança “prova”, leva à boca ou lambe material de forma inadequada?

Cotação: - *Adequado:* Não “prova” nem lambe o material, e não o leva à boca de forma inadequada.  
- *Ligeiro:* Alguma tendência para provar, lambe e levar à boca material de forma inadequada; ou estes comportamentos tendo em conta a idade da criança.  
- *Severo:* Grande tendência para provar, lambe e levar à boca o material de forma inadequada.

### 3.7. Interesse olfativo

Observação: A criança cheira os objetos ou o material de forma inadequada?

Cotação: - *Adequado:* O interesse pelo olfato situa-se num registo normal.

- *Ligeiro:* Manifesta uma certa preocupação pelos odores.

- *Severo:* Insiste muito em cheirar o material, os objetos ou as mãos.

## 4. LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO

### 4.1. Expressa necessidades, desejos e preferências

Observação: Durante a sessão observe e registre se a criança é capaz de fazer pedidos relativamente às suas necessidades imediatas.

Cotação: - *Adequado:* Consegue fazer pedidos e exprimir necessidades e ajuda verbalmente ou com gestos claros.

- *Ligeiro:* Olha para o examinador mas não faz um gesto reconhecível para fazer pedidos de ajuda, ou necessita de ser encorajado para comunicar as suas necessidades.

- *Severo:* Não expressa as suas necessidades.

### 4.2. Jargão ou linguagem idiossincrática

Observação: A criança utiliza jargão (linguagem confusa e ininteligível) frequentemente ou exclusivamente? Ou tem linguagem idiossincrática (linguagem particular a essa criança)?

Cotação: - *Adequado:* Utilização de palavras e frases com significado e relacionada com o contexto.

- *Ligeiro:* Utiliza ocasionalmente palavras e frases sem significado, mas também utiliza linguagem comunicativa.

- *Severo:* Utiliza frequentemente um jargão (palavras ou frases sem significado) ou linguagem idiossincrática, como palavras ou frases que inventou ou metáforas.

Nota: Cotar NA se a criança é não-verbal ou tem menos de 1 ano e ½.

### 4.3. Ecolália diferida

Observação: A criança repete palavras ou frases sem razão, após um intervalo?

Cotação: - *Adequado:* Não repete palavras ou frase ouvidas anteriormente, a não ser que tenha razões para o fazer.

- *Ligeiro:* Repete ocasionalmente e sem razão palavras ou frases ouvidas anteriormente.

- *Severo:* Repete frequentemente e sem razão palavras ou frases ouvidas anteriormente.

Nota: Cotar NA se a criança é não-verbal ou tem menos de 1 ano e ½.

### 4.4. Ecolália imediata

Observação: A criança repete palavras ou frase que acabou de ouvir?

Cotação: - *Adequado:* Não repete palavras ou frases que acabou de ouvir a não ser que tenha uma razão para o fazer.

- *Ligeiro:* Ocasionalmente repete sem razão palavras ou frases que acabou de ouvir.

- *Severo:* Repete palavras ou frases que acabou de ouvir com muita frequência.

Nota: Cotar NA se a criança é não-verbal ou tem menos de 1 ano e ½.

### 4.5. Utilização de pronomes

Observação: A criança utiliza pronomes de forma incorreta? No caso disto acontecer, deve-se à idade da criança ou é uma confusão?

Cotação: - *Adequado:* Utiliza pronomes corretamente.

- *Ligeiro:* De tempos a tempos confunde os pronomes, como “eu” e “tu” ou “ele” e “ela”, ou faz referência a si mesmo utilizando o seu nome, em vez de “meu” ou “eu”.

- *Severo:* Inverte frequentemente os pronomes e não parece compreender “eu” ou “tu”.

Nota: Cotar NA se a criança é não-verbal, não utiliza frases com pronomes pessoais ou tem menos de 3 anos.

### 4.6. Inteligibilidade da linguagem

Observação: A linguagem da criança é incompreensível devido a problemas de articulação, de pronúncia ou de confusão de sons?

Cotação: - *Adequado*: Pronúncia correta e linguagem de fácil compreensão, sem confusão de sons.

- *Ligeiro*: Linguagem um pouco difícil de compreender por causa da articulação, da pronúncia ou de confusão de sons.

- *Severo*: Linguagem ininteligível por causa de problemas de articulação, de pronúncia ou de confusão de sons.

Nota: Cotar NA se a criança é não-verbal ou tem menos de 2 anos.

#### **4.7. Comunicação espontânea**

Observação: O conteúdo da linguagem comunicativa da criança é funcional em relação ao contexto? A criança não quer ou não consegue colocar ou responder a uma questão? O conteúdo da comunicação da criança é pobre e pouco espontâneo? Não existe linguagem espontânea?

Cotação: - *Adequado*: Utiliza uma linguagem variada, espontânea para comunicar as ideias ou colocar questões.

- *Ligeiro*: Não comunica espontaneamente e apenas responde raramente, como se fosse tímido, mas pode ser encorajado para responder a um mínimo.

- *Severo*: Não utiliza qualquer comunicação espontânea funcional e adaptada, ou limita-se a um único assunto de maneira preservativa ou inadequada.

Nota: Cotar NA se a criança é não-verbal ou tem menos de 1 ano e ½.

#### **4.8. Reciprocidade no diálogo**

Observação: Durante a sessão, observe se a criança inicia e mantém conversação com mais que um interlocutor.

Cotação: - *Adequado*: A criança consegue manter conversação com mais que um interlocutor de forma adequada

- *Ligeiro*: A criança consegue responder, mas não mantém espontaneamente a conversação

- *Severo*: A criança não responde à conversação.

### **5. OUTROS COMPORTAMENTOS**

#### **5.1. Comportamentos de autoagressão**

Observação: A criança agride-se a si própria? Em que situações?

Cotação: - *Adequado*: Não se agride a si próprio em qualquer situação.

- *Ligeiro*: Agride-se a si próprio em situações de frustração e desespero.

- *Severo*: Agride-se constantemente em qualquer situação.

#### **5.2. Comportamentos de heteroagressão**

Observação: A criança agride os outros? Em que situações?

Cotação: - *Adequado*: Não agride os outros em nenhuma situação.

- *Ligeiro*: Agride os outros em situações de frustração e desespero.

- *Severo*: Agride os outros constantemente.

#### **5.3. Comportamentos de birra/disrupção**

Observação: A criança faz birras? Em que situações?

Cotação: - *Adequado*: Não faz birras/comportamentos disruptivos ou faz durante pouco tempo.

- *Ligeiro*: Faz birras/comportamentos disruptivos durante muito tempo em situações de frustração e desespero.

- *Severo*: Faz birras/comportamentos disruptivos em qualquer situação.

#### **5.4. Comportamentos de autoestimulação sexual**

Observação: A criança estimula-se sexualmente? Em que lugar e intensidade?

Cotação: - *Adequado*: Não se estimula ou estimula-se num local próprio, sem que isso se interfira nas tarefas diárias.

- *Ligeiro*: Estimula-se várias vezes e em lugares não próprios.

- *Severo*: Estimula-se constantemente durante um período curto de tempo e em qualquer lugar.

#### **5.5. Comportamentos bizarros**

Observação: A criança apresenta comportamentos não adequados à idade? Esses comportamentos são considerados estranhos?

Cotação: - *Adequado*: Não apresenta comportamentos considerados estranhos para a sua idade e situação.

- *Ligeiro*: Apresenta por vezes comportamentos considerados estranhos em situações desadequadas.
- *Severo*: Estimula-se constantemente durante um período curto de tempo.

#### **5.6. Gestos estereotipados, movimentos e maneirismos motores**

Observação: Como é que a criança utiliza o seu corpo durante as atividades ou os períodos não estruturados?

Cotação: - *Adequado*: Sem estereotípias ou movimentos repetitivos, mesmo que se verifiquem ligeiros problemas de coordenação.

- *Ligeiro*: Algumas particularidades ocasionais nos gestos ou nas posturas.

- *Severo*: Particularidades frequentes ou numerosas na utilização do corpo (e.g., realiza movimentos repetitivos, como girar sobre si próprio ou balançar-se, tem uma postura ou posição das mãos anormal, anda em bicos dos pés).

VERSÃO EXPERIMENTAL

## **IDADES ESPERADAS DE REALIZAÇÃO DE ALGUNS ITENS DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO<sup>1</sup>**

### **Equilibração (Equilíbrio Estático)**

- Mantém-se na ponta dos pés com os olhos abertos – 5 anos
- Mantém-se em apoio unipedal com os olhos abertos – 6 anos
- Mantém-se na ponta dos pés com os olhos fechados – 10 anos
- Mantém-se em apoio unipedal com os olhos fechados – 11 anos

### **Equilibração (Equilíbrio Dinâmico)**

- Salta a pés juntos em altura – 2 anos
- Salta a pés juntos para baixo – 2 anos
- Salta barreiras a pés juntos – 3 anos

### **Lateralização (Organização Direita-Esquerda)**

- Reconhece a direita e esquerda em si – 7 anos
- Reconhece a direita e esquerda entre objetos – 8 anos
- Reconhece a direita e esquerda nos outros – 9 anos

### **Noção do Corpo**

- Aponta partes do seu corpo – 3 anos
- Desenho do corpo – 5 anos

### **Estruturação Espaço-Temporal / Imitação**

- Imita gestos simples – 6 anos
- Imita gestos complexos em espelho – 8 anos

### **Praxia Global (Motricidade Global)**

- Anda coordenadamente para a frente – 1 ano
- Corre coordenadamente – 2 anos

### **Praxia Global (Coordenação Óculo-Pedal)**

- Sobe escadas com pés alternados – 3 anos
- Desce escadas com pés alternados – 4 anos

### **Praxia Global (Coordenação Óculo-Manual)**

- Lança a bola indiscriminadamente – 1 ano

### **Praxia Fina**

- Encaixa peças com tamanhos e formas diferentes – 3 anos
- Empilha pequenos objetos – 3 anos
- Faz um nó – 5 anos
- Traça labirinto com lápis – 6 anos
- Traça linha sobre o pontilhado de uma linha ondulada – 6 anos
- Faz uma bola com papel – 7 anos
- Toca com o polegar nas pontas dos dedos (tamborilar) – 8 anos

### **Competências Cognitivas / Noções Espaciais**

- Noção de cima/baixo – 2 anos
- Noção de frente/atrás – 2 anos
- Noção de dentro/fora – 3 anos
- Noção de grande/pequeno – 3 anos
- Noção de alto/baixo – 3 anos
- Noção de longo/curto – 3 anos
- Noção de longe/perto – 3 anos
- Associa objetos da mesma cor – 3 anos

<sup>1</sup> As idades assinaladas foram retiradas dos instrumentos de avaliação que constam nas referências bibliográficas de suporte à construção desta grelha de avaliação.

### Referências Bibliográficas

APPDA-Lisboa. (s/d). *PEP-R: Perfil Psico Educativo - Revisto. Manual*. Lisboa: Manuscrito não publicado, fornecido no âmbito do estágio.

Barnard, D. L., Knoesen, N., Kotras, N., Horrocks, S., McAlinden, P., Challis, D., & R., O. C. (2007). *GRIFFITHS - Escala de desenvolvimento mental de Griffiths - Extensão revista - Dos 2 aos 8 anos*. Lisboa: CEGOC - Investigação e Publicações Psicológicas.

Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2003). *SGS II - Escala de avaliação de competências no desenvolvimento infantil*. Lisboa: CEGOG-TEA.

Folio, M. R., & Fewell, R. R. (2000). *Peabody Development Scale* (2ª ed.). Texas: Pro-ed.

Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora - Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores* (2ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Leplat, F. (2005). *De L'Examen Psychomoteur au Protocole*. Paris: Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée.

Ortega, J., & Obispo, J. (2007). *Manual de psicomotricidade (Teoría, exploración, programación y práctica)*. Madrid: Ediciones la Tierra Hoy.

Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., & Marcus, L. M. (2004). *Psychoeducational Profile Third Edition (PEP-3)*. USA: Pro-ed.

Schopler, E., Reichler, R. J., Bashford, A., Lansing, M. D., & Marcus, L. M. (1990). *Psychoeducational Profile Revised (PEP-R)*. USA: Pro-ed.

Werder, J. K., & Bruininks, R. H. (1988). *Body skills - A motor development curriculum for children manual*. EUA: American Guidance Service.